様式第８号

令和　　年　　月　　日

**従業者、利用者負担額等の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人所在地 |  |  |
| 法人名 |  |  |
| 代表者職氏名 |  | ㊞ |

**認知症対応型共同生活介護**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従業者の職種・員数 | 介護従業者 | うち看護職員 | 介護支援専門員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常　 勤（人） |  |  |  |  |  |  |
| 非 常 勤（人） |  |  |  |  |  |  |
| 従業者計（人） |  |  |  |  |  |  |
| 営 業 日 | ３６５日（無休） |
| 管理者配置に関する考え方 |  |
| 介護支援専門員の配置に関する考え方 |  |
| 介護保険の利用者１割負担を除く利用者負担 | 項　　目 | 費　用　額(月額) | 備　　考 |
| 家賃 | 円 |  |
| 食費(朝・昼・夜・おやつなど) | 円 |  |
| 光熱費 | 円 |  |
| その他(　　　　　　　　　　　　　) | 円 |  |
| 利用料の設定に関する考え方 |  |

* 従業者の予定人数、予定額など参考にされた資料等があれば添付してください。