

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月 分)

サービスの種類（ 認知症対応型通所介護 ）
事業所名・施設名（ ）

[illegible]

備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 申請する事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務形態を記入してください。勤務時間ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。

* (記載例一勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00)

備考欄に、勤務時間の区分及び当該勤務の時間数を記入してください。

なお、認知症対応型共同生活介護の場合の宿直又は勤務については、網掛けをしてください。

3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

- 4 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。