

別紙 3

都道府県名 _____
 市町村名 _____

類型	実施要領送付施設数	自主点検チェックリストが提出された施設数 (各項目のチェックの有無は問わない)
地域密着型特別養護老人ホーム		
地域密着型特定施設入居者生活介護		
認知症グループホーム		