付表　地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）　　　　　県　　　郡市 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | 名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間 |  |
| 実施単位数　　　　単位 | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 　　　　　　　　　　　人 |
| 従業者の職種・員数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人員（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） |
| 利用定員 | 人（単位ごとの定員①　　　人　②　　人　③　　　人　） |
| 利用料 | 法定代理受領分（一割負担分） |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| 備考 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 | 1「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。2「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。3「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。4申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、２単位目以降に係る単位当たりの従業者、定　　　員、営業日及び営業時間を別紙１に記載し、添付してください。5申請に係る事業所の所在地以外の場所に当該事業の一部を実施する施設を有するときは、別紙２に必要な事項を記載し、添付してください。6記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。 |