

介護予防・日常生活支援総合事業による第1号通所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

|                                   |                                   |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|----|-------------|-------|------|----|---------|----|----|
| 事業所                               | フリガナ                              |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
|                                   | 名称                                |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
|                                   | 所在地                               |  | (郵便番号 - )       |    |             |       |      |    |         |    |    |
|                                   | 連絡先                               | 電話番号   |                 |    |             | FAX番号 |      |    |         |    |    |
| 申請に係る事業の実施について定める定款、寄附行為等の条項      |                                   |  |                 |    | 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                              |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
|                                   | 申請に係る事業所で兼務する他の職務                 |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
|                                   | 申請に係る事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合 | 事業所等の名称  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
| 兼務する職務及び勤務時間                      |                                   |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
| 実施単位数                             | 単位                                | 同時に通所介護(療養通所介護)又は介護予防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    |    |         |    |    |
| 通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積          |                                   |  |                 |    |             | ㎡     |      |    |         |    |    |
| 当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積 |                                   |  |                 |    |             | 人     | ㎡    |    |         |    |    |
| 単位別の従業者の職種・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)     |       |      |    |         |    |    |
| 利用定員 (人)                          |                                   |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
| 営業日                               |                                   |  | 日               | 月  | 火           | 水     | 木    | 金  | 土       | 祝  | 備考 |
|                                   |                                   |  | 営業時間 (サービス提供時間) |    |             |       |      |    |         |    |    |
| 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                         |                                   |  |                 |    |             |       |      |    |         |    |    |
| 添付書類                              |                                   |  | 別紙のとおり          |    |             |       |      |    |         |    |    |

備考

- 1 当該事業所で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る従業者の職種、員数等をその2に記入して添付してください。
- 2 主な揭示事項の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、または別様に記載した書類を添付してください。

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

|                    |                |                        |             |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
|--------------------|----------------|------------------------|-------------|----------------------------|-------------------|----|------|----|-------|----|---------|----|--|--|
| 事業所                | フリガナ           |                        |             |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
|                    | 名称             |                        |             |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 単                  | 位              | 目                      | 単<br>職<br>種 | の<br>従<br>業<br>者<br>の<br>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）            |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 位                  | 食堂及び機能訓練室の合計面積 |                        |             |                            | 基準上の必要面積          |    |      |    | 適合の可否 |    |         |    |  |  |
|                    | m <sup>2</sup> |                        |             |                            | m <sup>2</sup> 以上 |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
|                    | 目              | 主な<br>掲<br>示<br>事<br>項 | 利用定員（人）     |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 営業日                |                |                        |             |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 営業時間<br>（サービス提供時間） |                |                        |             |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 単                  | 位              | 目                      | 単<br>職<br>種 | の<br>従<br>業<br>者<br>の<br>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）            |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 位                  | 食堂及び機能訓練室の合計面積 |                        |             |                            | 基準上の必要面積          |    |      |    | 適合の可否 |    |         |    |  |  |
|                    | m <sup>2</sup> |                        |             |                            | m <sup>2</sup> 以上 |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
|                    | 目              | 主な<br>掲<br>示<br>事<br>項 | 利用定員（人）     |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 営業日                |                |                        |             |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |
| 営業時間<br>（サービス提供時間） |                |                        |             |                            |                   |    |      |    |       |    |         |    |  |  |

備考

- 1 受付番号、基準上の必要員数及び適合の可否の欄は、記入しないでください。
- 2 運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

|   |                    |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
|---|--------------------|-----------|----|------|----|------|----------|----------------|----|--|
| 事業所                                       | フリガナ               |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
|   | 名称                 |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
| 一部事業施設数                                   |                    |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
| 同時に通所介護又は介護予防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) |                    |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
| 一部事業施設                                    | フリガナ               |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
|   | 名称                 |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
|   | 所在地                | (郵便番号 - ) |    |      |    |      |          |                |    |  |
|   | 連絡先                | 電話番号      |    |      |    |      | ファクシミリ番号 |                |    |  |
| 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)    |    |      |    |      |          |                |    |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積                            |                    |           |    |      |    |      |          | m <sup>2</sup> |    |  |
| 運営の概要                                     | 利用者の数(人)           |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
|   | 営業日                |           |    |      |    |      |          |                |    |  |
|   | 営業時間<br>(サービス提供時間) |           |    |      |    |      |          |                |    |  |

備考

- 1 受付番号の欄は、記入しないでください。
- 2 運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。