付表２

介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）指定・更新に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間帯等 |  |
| 実施単位数 | 単位 | 第１号通所介護事業、指定通所介護、指定地域密着型通所介護及び指定介護予防通所介護の提供を同時に受けることができる利用者数の上限 | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(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 |
| 　 | m2 | m2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(利用者負担分) |  |
| 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 | 別添のとおり |

　備考

　　１　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」、「適合の可否」欄は、記入しないでください。

　　２　記入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に記載した書類を添付してください。