付表２　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 | |  | | | | | | |
| 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 | | 同時に通所介護及び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 | | |
| 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) | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  |  | |  |
| 基準上の必要員数(人) | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 適合の可否 | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | | | | | | | | | 適合の可否 | | | | |
| m2 | | | | m2以上 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | 単位ごとの利用定員(人) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 備　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「基準上の必要員数」「基準上の必要面積」「適合の可否」の欄は、記入しないでください。

　　　２　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。

　　　３　この申請に係る事業所の所在地以外の場所にこの事業の一部を実施する施設(一部事業施設)を有するときは、当該施設については、その３に必要事項を記入して添付してください。(複数の一部事業施設を有するときは、それぞれについて、その３に必要事項を記入して添付してください。)

　　　４　主な掲示事項の欄は、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。

　その２

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | |
| 単位目 | 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) | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 基準上の必要員数(人) | |  | | |  | |  | | |  | |
| 適合の可否 | |  | | |  | |  | | |  | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | 基準上の必要面積 | | | | 適合の可否 | | | |
| m2 | | | | | m2以上 | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 単位ごとの利用定員(人) | | | |  | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | | | |  | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | | | |  | | | | | | | |
| 単位目 | 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) | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 基準上の必要員数(人) | |  | | |  | |  | | |  | |
| 適合の可否 | |  | | |  | |  | | |  | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | 基準上の必要面積 | | | | 適合の可否 | | | |
| m2 | | | | | m2以上 | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 単位ごとの利用定員(人) | | | |  | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | | | |  | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | | | |  | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「基準上の必要員数」「適合の可否」の欄は、記入しないでください。

　２　主な掲示事項の欄は、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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　その３

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | FAX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 | | | | | | | m2 | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 利用者の数(人) | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間  (サービス提供時間) | | |  | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　　２　主な掲示事項の欄は、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。