

(付表9)

地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

(その1) (1単位)

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		e-mail						
通所介護事業の形態		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養通所介護						
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)
	氏名							
	生年月日							
	当該地域密着型通所介護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				事業所番号		
	兼務する職種 及び勤務時間等							
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上限					人	
単位別従業者の職種・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			基準上の必要面積			適合の可否		
			m ²			m ² 以上		
主な 掲 示 事 項	営業日							
	営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く)						
	登録定員							
	利用定員	人						
	利用料	法定代理受領分						
		法定代理受領分以外						
	食事の提供に要する費用							
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」欄に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様に記載した書類を添付してください。

3 従業員の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業員の員数との合計数を記載してください。

4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。

(その2) (2単位目以降)

受付番号

事業所	フリガナ		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
	名称		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
2 単 位 目	単位別従業者の職種・員数										
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	基準上の必要人数(人)										
	適合の可否										
	主な 掲 示 事 項	営 業 日									
		営 業 時 間		サービス提供時間(送迎時間を除く)							
		利 用 定 員		人							
	3 単 位 目	単位別従業者の職種・員数									
		常勤(人)									
非常勤(人)											
基準上の必要人数(人)											
適合の可否											
主な 掲 示 事 項		営 業 日									
		営 業 時 間		サービス提供時間(送迎時間を除く)							
		利 用 定 員		人							
4 単 位 目		単位別従業者の職種・員数									
		常勤(人)									
	非常勤(人)										
	基準上の必要人数(人)										
	適合の可否										
	主な 掲 示 事 項	営 業 日									
		営 業 時 間		サービス提供時間(送迎時間を除く)							
		利 用 定 員		人							