付表２

介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービス　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 |  | FAX番号 |  |
| 出張所等 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所　在　地 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 連　絡　先 | 電話 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文 | 第　　条　第　　項　第　　号 |
| 管　　理　　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 当該指定通所介護事業所又は当該指定介護予防通所介護事業所で兼務する他の職務（兼務の場合記入） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所施設等（兼務の場合記入） | 名　称 |  |
| 兼務する他の職務 |  |
| 実施単位数 | 単位 |
| 同時に指定通所介護及び指定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 |
| 従業者の職種及び員数 | 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 |
| ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 単位ごとのサービスの提供時間 | ①　　時　　分～　　時　　分 | ②　　時　　分～　　時　　分 |
| 単位ごとの利用定員 | ①　　　　　　　　　　　　人 | ②　　　　　　　　　　　　人 |
| 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 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |

備考１　※印の欄には、記入しないこと。

　　２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

　　３　添付書類

⑴　定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等

⑵　事業所の平面図(各室の用途を明示したもの)及び設備の概要を記載した書面

⑶　事業所の管理者の経歴を記載した書面

⑷　運営規程

⑸　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面

⑹　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

⑺　当該申請に係る資産の状況を記載した書面

⑻　当該申請に係る事業に係る第一号事業支給費の請求に関する事項を記載した書面

⑼　欠格事由に該当しないことを誓約する書面

⑽　役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面

⑾　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面