**付表２　通所介護現行相当サービス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 |  |
| 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 |
| 併設事業所の種別、名称 |  | 事業所番号 |  |
| 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 |  | 事業所番号 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人員（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(一割負担分) |
| 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 |  |

備考　１「受付番号」欄には、記入しないでください。

２　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

| 今回指定する事業の指定有効期限を同一所在地において行なう同種の事業の指定有効期限に合わせることへの同意 | 　□　同意します。　次回の更新は、同種の事業と同時かつ一体的に行ないます。 |
| --- | --- |

３　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