

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

|                    |                                 |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----|-------------------------------------------------------|-----|------|-------|---------|----|--|
| 事業所                | 法人番号                            |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | フリガナ                            |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 名 称                             |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 所在地                             | (郵便番号 - )<br>都 道 市 区<br>府 県 町 村 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 連絡先                             | 電話番号                            | (内線)                         |     |                                                       |     |      | FAX番号 |         |    |  |
|                    |                                 | Email                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 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<br>(兼務の場合のみ記入)   |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 他の事業所、施設等の職務との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) |                                 | 兼務先の名称、所在地                   |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    |                                 |                                 | 兼務先のサービス種別、兼務する職種<br>及び勤務時間等 |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 共生型サービスの該当有無       |                                 |                                 |                              |     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |     |      |       |         |    |  |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |                                 |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積     |                                 |                                 | ㎡                            |     | 利用定員(同時利用)                                            |     |      |       | 人       |    |  |
| サービス提供単位1          | ○人員に関する基準の確認に必要な事項              |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 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)                          |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | ○設備に関する基準の確認に必要な事項              |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 営業日(該当に○)                       |                                 | 日曜日                          | 月曜日 | 火曜日                                                   | 水曜日 | 木曜日  | 金曜日   | 土曜日     | 祝日 |  |
|                    |                                 |                                 | その他(年末年始休日等)                 |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 営業時間                            |                                 | : ~ :                        |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 曜日ごとに異なる場合記入                    | 平日                              | : ~ :                        |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 土曜日                |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 日曜日・祝日             |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| サービス提供時間           |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 利用定員               |                                 | 人                               |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| サービス提供単位2          | ○人員に関する基準の確認に必要な事項              |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 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)                          |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | ○設備に関する基準の確認に必要な事項              |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 営業日(該当に○)                       |                                 | 日曜日                          | 月曜日 | 火曜日                                                   | 水曜日 | 木曜日  | 金曜日   | 土曜日     | 祝日 |  |
|                    |                                 |                                 | その他(年末年始休日等)                 |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 営業時間                            |                                 | : ~ :                        |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 曜日ごとに異なる場合記入                    | 平日                              | : ~ :                        |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 土曜日                |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 日曜日・祝日             |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| サービス提供時間           |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 利用定員               |                                 | 人                               |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| サービス提供単位3          | ○人員に関する基準の確認に必要な事項              |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 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)                          |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | ○設備に関する基準の確認に必要な事項              |                                 |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 営業日(該当に○)                       |                                 | 日曜日                          | 月曜日 | 火曜日                                                   | 水曜日 | 木曜日  | 金曜日   | 土曜日     | 祝日 |  |
|                    |                                 |                                 | その他(年末年始休日等)                 |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 営業時間                            |                                 | : ~ :                        |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
|                    | 曜日ごとに異なる場合記入                    | 平日                              | : ~ :                        |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 土曜日                |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 日曜日・祝日             |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| サービス提供時間           |                                 | : ~ :                           |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 利用定員               |                                 | 人                               |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |
| 添付書類               |                                 | 別添のとおり                          |                              |     |                                                       |     |      |       |         |    |  |

(通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

|                    |                    |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|--------------------|--------------------|---------------------------------|--------------|-----|------------|-----|-------|-----|-----|----|--|--|
| 事業所                | フリガナ               |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 名 称                |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 所在地                | (郵便番号 - )<br>都 道 市 区<br>府 県 町 村 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 連絡先                | 電話番号                            | (内線)         |     |            |     | FAX番号 |     |     |    |  |  |
|                    |                    | Email                           |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |                    |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積     |                    |                                 | ㎡            |     | 利用定員(同時利用) |     |       |     | 人   |    |  |  |
| サービス提供単位1          | ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 営業日(該当に○)          |                                 | 日曜日          | 月曜日 | 火曜日        | 水曜日 | 木曜日   | 金曜日 | 土曜日 | 祝日 |  |  |
|                    |                    |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    |                                 | その他(年末年始休日等) |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 営業時間               |                                 | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 曜日ごとに異なる場合記入       | 平日                              | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    | 土曜日                             | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    | 日曜日・祝日                          | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | サービス提供時間           |                                 | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 利用定員               |                                 | 人            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
| サービス提供単位2          | ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 営業日(該当に○)          |                                 | 日曜日          | 月曜日 | 火曜日        | 水曜日 | 木曜日   | 金曜日 | 土曜日 | 祝日 |  |  |
|                    |                    |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    |                                 | その他(年末年始休日等) |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 営業時間               |                                 | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 曜日ごとに異なる場合記入       | 平日                              | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    | 土曜日                             | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    | 日曜日・祝日                          | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | サービス提供時間           |                                 | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 利用定員               |                                 | 人            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
| サービス提供単位3          | ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 営業日(該当に○)          |                                 | 日曜日          | 月曜日 | 火曜日        | 水曜日 | 木曜日   | 金曜日 | 土曜日 | 祝日 |  |  |
|                    |                    |                                 |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    |                                 | その他(年末年始休日等) |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 営業時間               |                                 | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 曜日ごとに異なる場合記入       | 平日                              | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    | 土曜日                             | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    |                    | 日曜日・祝日                          | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | サービス提供時間           |                                 | :            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
|                    | 利用定員               |                                 | 人            |     |            |     |       |     |     |    |  |  |
| 添付書類               |                    | 平面図                             |              |     |            |     |       |     |     |    |  |  |

- 備考
- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
  - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
  - 3 機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  - 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
  - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。