

通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項

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					Email			
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)								
	氏名														
	生年月日														
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)														
	当該通所介護・介護予防通所サービス事業所内での他の職務との兼務		職												
同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間													
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数の上限										人			
単位ごとの状況		1単位目			2単位目							合計			
定員		人			人							人			
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			㎡							㎡			
単位別情報 (1単位目)	※2単位目以降は、別紙に記載し、添付すること														
	従業者	生活相談員	看護職員		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)													
	非常勤(人)														
	定員	人			食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡						
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
	営業時間	平日	～				土曜	～			日・祝	～			
	送迎を除くサービス提供時間		:			～			:			(時間 分)			
宿泊サービスの有無	有り ・ 無し														

備考 1 2単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。

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に記載した書類を添付すること。

【記載例】

付表 12

通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	マルバツカイゴサービス												
	名称	〇×介護サービス												
	所在地	(郵便番号 5×× -××××) 堺市〇区〇〇町四丁 5 番 6 号												
	連絡先	電話番号	072-×××-××××				FAX番号	072-×××-××××						
	Email	〇〇@sakailg.jp												
管理者	フリガナ	サカイ ハナコ				住所	(郵便番号 5×× -××××)							
	氏名	堺 花子					堺市〇区××町六丁 10 番 11 号							
	生年月日	昭和△年△月△日												
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)													
	当該通所介護・介護予防通所サービス事業所内での他の職務との兼務		職務		兼務の場合のみ記載。									
同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間												
実施単位数	2	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数の上限						20 人					
単位ごとの状況		1 単位目			2 単位目						合計			
定員		20 人			15 人						人			
食堂及び機能訓練室の合計面積		66 m ²			66 m ²						m ²			
※2 単位目以降は、別紙に記載し、添付すること														
単位別情報 (1 単位目)	従業者	生活相談員		看護職員		介護職員		事務職員		事務職員		事務職員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)	1				1		1					
	非常勤(人)	1			2	1			2			1		
定員		20 人			食堂及び機能訓練室の合計面積			60 m ²						
営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日	12/30~1/3			
営業時間		平日	9:00 ~ 17:00			土曜	~			日・祝	~			
送迎を除くサービス提供時間		9:00 ~16:30 (7 時間 30 分)、延長体制 8:00~9:00、16:30~18:00												
宿泊サービスの有無		有り・無し												

勤務形態一覧表の「勤務形態」欄と一致するよう記載してください。

7 時間以上 9 時間未満の指定通所介護を行う場合であって、介護保険法に基づく延長体制をとる場合はこの欄に記載してください。

備考 1 2 単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること
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