|  |
| --- |
| 介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項付表２－１ |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| E-mailアドレス |  |
| 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 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | (〒　　　－　　　　) |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | 　 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | 事業所等名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
|
| 従業者の職種・員数（単位別） | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 当該単位で同時にサービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積 | 人 | ㎡ |
| 主 な 掲 示 事 項 | 定 員 | 人 |  |
| 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　　～ | 日曜・祝日　　～ |
| サービス提供時間 | 平日　　～ | 土曜　　～ | 日曜・祝日　　～ |
| 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 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |
| 添 付 書 類 | 別添のとおり |

＊　注意事項　申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと。

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別様に記載した書類を添付すること。

２　本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、付表２-１（別紙）に記載し添付すること。

３　本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは，付表２-２に必要事項を記載の上添付すること。

４　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

５ 次に掲げる書類を添付すること。

(1)申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

(2)事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類

(3)事業所の管理者の経歴を記載した書類

(4)運営規程

(5)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類

(6)当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

(7)当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類

(8)当該申請に係る事業に係る通所型サービス費の請求に関する事項を記載した書類

(9)介護保険法（平成９年法律第１２３号）第１１５条の４５の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書

(10)役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類

(11)当該指定介護予防通所介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護予防通所介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表

６　用紙の大きさは、原則日本工業規格Ａ４とすること。

介護予防通所介護相当サービス事業者事業者（２単位目以降)

付表２－１（別紙）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 単　　位 | 従業者の職種・員数（単位別） | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 主な掲示事項 | 定　員 | 人 |  |
| 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　　～  | 日曜・祝日　　～ |
| 備考 | 　 |
| 従業者の職種・員数（単位別） | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 定　員 | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日　　～  | 土曜　　～  | 日曜・祝日　　～ |
| 備考 |  |

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別様に記載した書類を添付すること。

　２ 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表２－２

介護予防通所介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施

する場合の記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 一部事業施設数 | 施設 | 　 |
| 一部事業施設 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 実施するサービス | □通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス、□通所介護（地域密着型通所介護）□介護予防通所介護相当サービス |
| 事業所で同時にサービスを行う利用者の上限 | 人 |  |
| 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) |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ |  |
| 主な掲示事項 | 定員 | 人 |  |
| 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　　　　～  | 日曜・祝日　　　　～ |
| 備考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他費用 |  |
| 通常の事業実施区域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |
| 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別様に記載した書類を添付すること。２ 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。添付書類　一部事業施設の平面図（設備、備品概要を含む。） |
|  |