付表９　地域密着型通所介護事業者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 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 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 | （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 |  |
| 実　施　単　位　数 | 単位 |
| 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 |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 主な掲示項目 | 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 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添　付　書　類 | 別添のとおり |

（注意）

１　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

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してください。

３　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には､当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を添付してください｡