**付表２　　　　通所型サービス事業所の指定に係る記入事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　 － 　　　　　　　）都　道 　　郡　市府　県 　　区 |
| （ビルの名称等） |
| 直通連絡先 | 直通電話番号 |  | 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 |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　　 － 　　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該通所介護事務所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記入） | 事業所等名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
| 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 |
| 単位別従業者 |  | 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 | ※ |  |  |  |
| 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 | 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・祝 |  | ～ |  |
| 備考 |  |
| 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 |

　備考　　１　※印欄には、記入しないでください。

　　　　　　２　「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。

　　　　　　３　申請に係る事業所内で、１単位のみ実施する場合は、単位①の「定員」欄、「営業日」欄、「営業時間」欄は記入を省略できます。

　　　　　　４　申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、２単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間は別紙１に記入し、添付してください。

　　　　　　５　申請に係る事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、別紙２に必要事項を記入の上、添付してください。

　　　　　　６　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。