付表２

　通所型サービス（現行相当）

第１号事業者　　　　　　　　　　　　 　の指定に係る記載事項

通所型サービスＡ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供するサービス全てにチェック印を付けてください。  □通所介護　　　□介護予防通所介護　　□通所型サービス(現行相当)　　□通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住 所 | | | | | | （郵便番号 － ） | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 当該通所介護事業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 | | | | | | | | | | | | 事業所での同時に通所事業を行う利用者の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 実施種別 | | □　通所型サービス(現行相当)のみ　□　現行相当・通所型サービスAと一体的に実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 食堂及び機能訓練室の面積　　①（　　　　　㎡） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 単位別従業者 |  | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | | | | 介護職員・従業者 | | | | | | 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 | | 通所型サービス（現行相当）　　　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 通所型サービスＡ　　　　　　　　　　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 | | | | | | ～ | | | | | | | | 日曜・祝日 | | | ～ | | | | |
| サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　考 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分（一割及び二割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | ① | | | | | | | | | | | | ② | | | | | | | | | | | ③ | | | | | | | | ④ | | | | | | ⑤ | | | |
| 備　　考 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考1　通所型サービス（現行相当）又は通所型サービスＡのうち、指定申請するサービスに○をしてください。

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様に記載した書類を添付してください

3　｢主な掲示事項｣について、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

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（別紙）｣に記載し、添付してください。

4　従業員の員数については、総数を記載してください。

5　当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定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わかるような料金表を提出してください。

6　この付表の記載内容と、その他添付書類（運営規程等）の内容が一致するか確認してください。

付表２（別紙）

通所型サービス（現行相当）

第１号事業者　　　　　　　　　　　　 　の指定に係る記載事項

通所型サービスＡ **（２単位目以降）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 2単位目の　実施種別  ※①～③の　どれかに記入 | | | | ①通所型サービス(現行相当)のみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | |
| ②通所型サービスAのみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③　①・②の両方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人  ※定員は①の基準に該当する必要があります。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別従業者 | ※②の場合は　太枠内のみ記入 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | | | | | 介護職員・従業者 | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| ２ | 営業時間 | | | | | 平日 | | | | | | | | ～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 土曜 | | | | | | | ～ | | | | | 日曜・祝日 | | | | | | ～ | |
| サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　 　　　　考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 3単位目の　実施種別  ※①～③の　どれかに記入 | | | ①通所型サービス(現行相当)のみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②通所型サービスAのみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③　①・②の両方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人  ※定員は①の基準に該当する必要があります。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別従業者 | ※②の場合は　太枠内のみ記入 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | | | | 介護職員・従業者 | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| ３ | 営業時間 | | | | 平日 | | | | | | | | | ～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 土曜 | | | | | | | ～ | | | | 日曜・祝日 | | | | | | ～ | | |
| サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　 　　考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 3単位目の　実施種別  ※①～③の　どれかに記入 | | ①通所型サービス(現行相当)のみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②通所型サービスAのみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③　①・②の両方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の面積（　　　）㎡定員（　　　）人  ※定員は①の基準に該当する必要があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別従業者 | ※②の場合は　太枠内のみ記入 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | | | | | | 介護職員・従業者 | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| ４ | 営業時間 | | | | 平日 | | | | | | | | | ～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 土曜 | | | | | | | ～ | | | | | | 日曜・祝日 | | | ～ | | | |
| サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　 　考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |