付表2-1

介護予防・日常生活支援総合事業（通所型）の指定に係る記載事項

　　今回申請するサービスにチェック印をつけてください。

　　　　□総合事業（国基準相当サービス）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 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） | 事業所等名称 |  |
| 職種及び勤務時間 |  |
| 実施単位数 | 単位 | 事業所で同時に通所型サービスを行う利用者の上限 | 人 |
| 通所型サービス事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ | 病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連絡先 |
|  |
| 当該単位のサービスにチェック印をつけてください。　　□通所介護　□介護予防通所介護　□総合事業（国基準相当サービス） |
| 当該単位で同時に通所型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 | ㎡ |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 定員 | 人 | 病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無　　（　有・無　） |
| 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 |  | ～ |  | 日・祝 |  | ～ |  |  |
| 土曜 |  | ～ |  | 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 |
| 備考 |  |
| 添付書類の有無 | 有　・　無 |

※記入欄が不足する場合は、別紙に記載し添付してください。