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

|  |
| --- |
| 　 |
| 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) | 　 |
| 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 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 | 　 |
|  | 常勤(人) |  | 　　 |  |  |
| 非常勤(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 | 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 | 介護報酬告示上等の額の１割又は２割（負担割合証の割合に準ずる） |
| 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額 |
| 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 |

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。