

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項【記載例】

通所介護相当サービスと通所型サービスAの指定申請を同時に行う場合、付表2はサービスごとに作成してください。

区分 (該当に○を記入)		☑ 一体型 ・ 単独型		受付番号							
事業所	フリガナ										
	名称										
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - ) (ビルの名称等)								
	連絡先		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				(郵便番号 - )						
	氏名				住所						
	生年月日										
	事業所で他の職務を兼務する場合には、その職種										
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		通所介護相当サービスと通所型サービスAを一体的に行う場合、通所型サービスA (あるいは、通所介護相当サービス)の人数を記入してください。							
		兼務する職種及び勤務時間等									
1日当たりの実施単位数		2 単位									
単位ごとの利用定員		1 単位目			20 人			2 単位目		20 人	
併設デイの定員		5 人									
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指員		その他	
1 単位目	区分	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤 (人)		1			1					
	非常勤 (人)	1		1		2		1			
基準上の必要人員 (人)											
2 単位目		1		1		1		1			
	適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積				75 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値					
						m <sup>2</sup> 以上					
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日 月曜から土曜日までとする。ただし、国民の休日及び12月29日から1月3日までを除く									
	営業時間	営業時間 9:30~16:00 単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (①9:30~11:30 ②14:00~16:00)									
	利用料	法定代理受領分					利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額				
		法定代理受領分以外					愛西市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定めるとおり				
	その他の費用	事業所の実施地域を超える交通費、食費、おむつ代									
通常の事業実施地域	愛西市										
添付書類	別添のとおり										

定款変更して追加したものを記入ください。(空欄で定款は後日提出でも可。この場合は「補正依頼申立書」を使用してください。)

一体型の場合、「通所介護相当サービス」と「通所型サービスA」の合計した面積を記入してください。

「主な揭示事項」は、運営規程に記載されているとおり記入してください。

- 備考
- 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」欄には、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様に記載した書類を添付してください。
  - 3 「主な揭示事項」については、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。
  - 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。