

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 市 郡										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
		Email										
併設事業所の種別、名称						事業所番号						
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日											
	当該地域密着型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)											
	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					事業所番号					
	兼務する職種 及び勤務時間等	-----										
利用定員 (同時に地域密着型通所介護を受けることができる利用者数の上限) の合計										人		
実施単位数		単位				-----						
食堂及び機能訓練室の面積の合計			m ²				-----					
単位別 (単位目 主な揭示事項)	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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤 (人)											
	非常勤 (人)											
	基準上の必要人員 (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					
					m ²		m ² 以上					
	利用定員		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	～		日曜日・祝日	～
			備考									
	利用料		法定代理受領分									
			法定代理受領分以外									
食事の提供に要する費用												
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 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄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 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。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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分かるような料金表を提出してください。
 5 療養通所介護の場合、「食堂及び機能訓練室」とあるのは「専用の部屋」と読み替える。

※ 単位数が2単位以上の場合に記載してください

単位別 (単位目 主な 揭示 事項	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		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	基準上の必要人員(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			
						m ²		m ² 以上			
	利用定員		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	～		日曜日・祝日	～
	利用料		法定代理受領分								
			法定代理受領分以外								
	食事の提供に要する費用										
	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									