

付表2-1

## 介護予防通所介護相当サービス事業者・通所型サービスA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	(〒 - ) 愛媛県 八幡浜市												
	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	(〒 - )								
	名前													
	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)													
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(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												
実施単位数	単位	事業所で同時にサービスを行う利用者の上限				人	食堂及び機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>			
同一所在地において、通所型サービスAと通所介護又は地域密着型通所介護、介護予防通所介護相当サービスを提供する場合の実施方法					<input type="checkbox"/> 部屋が別 <input type="checkbox"/> 部屋を区切る <input type="checkbox"/> 時間帯を分ける <input type="checkbox"/> 曜日を分ける <input type="checkbox"/> その他 ( )									
当該単位で実施するサービス(1単位目)					<input type="checkbox"/> 通所介護(地域密着型通所介護)、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所介護(地域密着型通所介護)、介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護(地域密着型通所介護)、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービスA									
従業者の職種・員数(単位別)(1単位目)		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		サービスA従事者				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤(人)												
非常勤(人)														
当該単位で同時に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		m <sup>2</sup>							
主な 掲 示 事 項	定員	人			うち、通所型サービスAの定員							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		～	日曜・祝日		～			
	サービス提供時間	平日		～		土曜		～	日曜・祝日		～			
	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		⑤					
	備考													
添付書類	別添のとおり													

\* 注意事項、申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと

(裏面)

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つては、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。
- 5 次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
  - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
  - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類
  - (8) 当該申請に係る事業に係る通所型サービス費の請求に関する事項を記載した書類
  - (9) 介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
  - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類
  - (11) 当該指定介護予防通所介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護予防通所介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 6 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。