

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

受付番号	
------	--

事業	フリガナ											
	名称											
業	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 市										

所管	連絡先	電話番号					FAX番号					
	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
理	氏名					住所						
	生年月日	年	月	日								
者	当該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	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限							人			
単 位 別 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)											
	基準上の必要人数(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				
主 な 掲 示 事 項	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	~		日曜・祝	~			
	サービス提供時間	: ~ : (送迎時間を除く)										
	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											
	通常の実施地域	①	②	③	④	⑤						
備考:												
運営推進会議の有無		有 ・ 無										
添付書類		別添のとおり										

備考

- 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄には記入しないでください。
- 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。
- 「主な掲示事項」欄については、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。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る単位別従業者及び利用定員等に

については、「付表9-1(別紙)」に記載し添付してください。

- 5 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表9-2」に必要事項を記載の上、添付してください。
- 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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。

付表9-1 (別紙)

地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

(2単位目以降)

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ																								
	名称																								
単 位	業 者	単 位 別 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)																							
		基準上の必要人数(人)																							
位 掲 示 事 項	主 な 掲 示 事 項	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	~		日曜・祝	~															
		備考																							
		サービス提供時間	:		~	:	(送迎時間を除く)																		
単 位	業 者	単 位 別 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)																							
		基準上の必要人数(人)																							
位 掲 示 事 項	主 な 掲 示 事 項	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	~		日曜・祝	~															
		備考																							
		サービス提供時間	:		~	:	(送迎時間を除く)																		
単 位	業 者	単 位 別 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)																							
		基準上の必要人数(人)																							
位 掲 示 事 項	主 な 掲 示 事 項	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	~		日曜・祝	~															
		備考																							
		サービス提供時間	:		~	:	(送迎時間を除く)																		

地域密着型通所介護を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ											
	名称											
一部事業施設数		施設										
事業部	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 市										
	設	連絡先	電話番号					FAX番号				
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限												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)											
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²										
主な揭示事項	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	~		日曜・祝	~			
		備考										
	サービス提供時間	:		~	:	(送迎時間を除く)						
添付書類	平面図											
事業部	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 市										
	設	連絡先	電話番号					FAX番号				
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限												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)											
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²										
主な揭示事項	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	~		日曜・祝	~			
		備考										
	サービス提供時間	:		~	:	(送迎時間を除く)						
添付書類	平面図											

備考

- 1 「受付番号」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 一のローテーションにおいて、一部事業を実施する施設を複数有するときは、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。