

付表9 地域密着型通所介護事業所の指定更新に係る記載事項

事業所	フリガナ																			
	名 称																			
	所在地	(郵便番号 ー) 東京都 郡 市 区																		
	連絡先	電話番号						FAX番号												
管理者	フリガナ							住 所	(郵便番号 ー)											
	氏 名																			
	生年月日	年 月 日																		
	当該通所介護事務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		事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限										人						
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積										病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連携先										
										m ²										
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積										人				m ²						
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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無									
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務										
	常勤(人)											有 ・ 無								
非常勤(人)																				
主な 掲 示 事 項	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																	
	利用料		法定代理受領分						介護報酬告示上の額の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																			
	運営推進会議の有無		有 ・ 無																	
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してください。

3 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9(別紙)」に記載し、添付してください。

4 従業員の員数については、総数を記載してください。

5 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。

事業所	フリガナ																					
	名 称																					
単位	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積															人		m ²				
	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無										
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
		常勤(人)																				
	非常勤(人)										有・無											
	主な揭示事項	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		～						
	2	営業時間		サービス提供時間																		
				備考																		
単位	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積															人		m ²				
	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無										
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
		常勤(人)																				
	非常勤(人)										有・無											
	主な揭示事項	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		～						
	3	営業時間		サービス提供時間																		
				備考																		
単位	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積															人		m ²				
	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無										
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
		常勤(人)																				
	非常勤(人)										有・無											
	主な揭示事項	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		～						
	4	営業時間		サービス提供時間																		
				備考																		