付表３　介護予防相当通所型サービス（介護予防通所介護相当）事業所の指定に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　）　　　　　県　　　　　　郡市 |
|  |
| 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・寄付行為の条文 | 　第　　　　条第　　　　項第　　　　号 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該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（兼務の場合記入） | 名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
|  | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  | ㎡ | ㎡以上　 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 営業時間 | 営業時間　　　　：　　　～　　　：単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　　～　：　　②　：　　～　：　　③　：　　～　：　　） |
| 利用定員 | 　　　　　人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） |
| 利用料 | 法定代理受領分（一割又はニ割負担分） |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　　１「受付番号」、「基準上の必要人数」、「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「主な掲示事項」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出張所がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に

勤務する職員も含めて記載してください。