付表２　　介護予防通所介護相当サービスの指定（更新）に係る記載事項

　　当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□通所介護　□介護予防通所介護　□介護予防通所介護相当サービス

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | FAX番号 | | | | | | |  | | | | |
| 当該事業の実施について定めている定款等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　条第　　項第　　号 | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | | | 〒 | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | | | |
| 当該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) | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | | | | | 単位 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同時に介護予防通所介護相当サービス（及び一体的に実施する（介護予防）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 | | | |
| 単位別従業者の職種・員数（一体的に実施する（介護予防）通所介護事業所を含む。） | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
|  | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | | | 営業日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間（単位ごとのサービス提供時間） | | | | | | | | （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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（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、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（組織体制図、資格証、雇用契約書の写し等）、事業所の管理者の経歴書、事業所の平面図、位置図、備品概要、運営規程、利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要、当該申請に係る資産の状況（決算書、損害保険証書等）、当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地、介護保険法第１１５条の４５の５第２項に該当しないことを誓約する書面、役員の氏名等、貸借契約書、建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証、その他市長が必要と認めるもの） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏面あり）

介護予防通所介護相当サービス

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載のこと。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 単位別従業者の職種・員数（一体的に実施する（介護予防）通所介護事業所を含む。） | | 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 |  | |  | |  | |  | |

備考

　　１　※印の欄は、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、又は別葉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、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

　　４　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、別葉に記載し添付してください。