

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業（通所介護相当サービス及び通所型サービスA）事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ																			
	名称																			
	所在地	(郵便番号 — )																		
	連絡先	電話番号					FAX番号													
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		m <sup>2</sup>																		
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 <sup>2</sup>												
単位別従業者	生活相談員	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	専従		兼務	
		常勤（人）																		
	非常勤（人）																			
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										
	営業時間等	営業時間																		
		サービス提供時間																		
		備考																		
	利用料	法定代理受領分		運営規程に定めるとおり																
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額																
その他の費用	運営規程に定めるとおり																			
通常の事業実施地域	通所介護相当サービス		備考																	
	※該当するサービスのみ記入		通所型サービスA		備考															

【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。
- 2 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・員数を、適宜欄を設ける等で記載してください。
- 3 従業員の員数については、各単位毎に総数を記載してください。