付表 2 - 1 **認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る** 記載事項(単独型・併設型)

受付番号	
------	--

	フリガナ										
事	名 称										
	- F1	(郵	便番号)					
業	ar / lib	(料)	灰笛 夕)					
	所 在 地										
所	\$ f						-				
	連 絡 先		話番号					FAZ	X番号		
	当該事業の実施について定めてある 定 款 ・ 寄 附 行 為 等 の 条 文					第 条第			項 第		
併割	段事業所の種別、名称							事業所番号			
	フリガナ						(郵	便番号)
管	氏 名				住所						
B	生年月日										
理	当該認知症対応型通所 (兼 務 の	斤介護 場		で兼務する み 記							
	同一敷地内の他の事			<u> Горгания</u>				事業品 🤊	形 早 T		
者	又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合のみ記										
			兼務す 及び勤績								
	入)			手			<u> </u>			中下	
	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		
	가다 #+1		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()	()									
	適合の可否										
食堂	を及び機能訓練室の合							可否			
		m² m²以上									
主	営業日	単位ごとの営業日									
		営業時間 : ~ : : : : : : : : : : : : : : : : :									
な	営業時間等										
掲		① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :									
	利用定員			人(単位)	ごとの定員	<u> </u>)	人(2	人 ③	人
示	4年	法定	代理受領	分(一割負	負担分)						
事	利用料法		法定代理受領分以外								
項	食事の提供に要する費用										
坦	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」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記入しないでくだ

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 3 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 分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。

付表 2 - 2 **認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る** 記載事項(共用型)

受付番号	

	フリガナ											
事	名 称	***************************************										
業	所 在 地		(郵便番号 -)									
所	連 絡	先 電	活番号					FΑ	 X番号	1		
	<u>性</u> 性 当該事業の実施			ある	tata .					<u> </u>		
	定款 · 寄附				第	9	系 第		第 	号		
本		別						業所番号				
	業 所 等 名	称	開設年月日									
本位	本の事業所等の入居	者を含めた	利用者数		人	当		業の利用定	[]		人	
	フリガナ		(郵便番号 — —)		
管	氏 名					所						
	生年月日											
理	当該認知症対応型 (兼務)			・兼務するみ 記		•						
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼		名称					事業所番号				
者			兼					7 // // /				
	務(兼務の場合 入)	かみ記	及び勤務時間等									
	従業者の職種・	吕粉	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
	従業者の職種・員数		専従		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											
	適合の可否											
食堂	を及び機能訓練室の を表する)合計面積			基準上の必要数値 適合の					適合の可	「否	
				m²				m²以	上			
٠.	営業日	単位	ごとの営	業日					•			
主		営業	時間	: ~	:							
な	営業時間等	単位	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)									
掲		1	: ~	· :	2	:	~	· :	3	: ~	:	
	利用定員		人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人									
示	₹d III dol	法定	代理受領	分(一割負	負担分)							
事	利用料											
	食事の提供に要する											
項	通常の事業実施地											
	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」「基準上の必要数値」「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葉に記載した書類を添付してください。
 - 3 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人 福祉施設の別を記入してください。
 - 4 従業者の員数については、本体事業と当該事業を併せた員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わかるような料金表を提出してください。