付表２　その１(第１号通所事業の指定に係る記載事項)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| その１ | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | ファクシミリ番号 | |  | | | |
| 申請に係る事業の実施について定める定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | | | | | | | | | | 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 |  | | | | | | | | |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職務 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合 | | | | 事業所等の名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職務及び勤務時間 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | | 単位 | | | | 同時に通所介護(地域密着型通所介護)又は第１号通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | 人 | |
| 単位別の従業者の職種・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) | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  |
| 基準上の必要員数(人) | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| 適合の可否 | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | 適合の可否 | | |
| m2 | | | | | | | | | | | | | | | m2以上 | | | | |  | | |
| 運営の概要 | 単位ごとの利用定員　(人) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　受付番号、基準上の必要員数、基準上の必要面積及び適合の可否の欄は、記入しないでください。

　２　当該事業所で通所介護(地域密着型通所介護)又は第１号通所型サービスについて複数の単位を実施する場合は、２単位目以降に係る従業者の職種、員数等をその２に記入して添付してください。

　３　この申請に係る事業所の所在地以外の場所にこの事業の一部を実施する施設(一部事業施設)を有するときは、当該施設については、その３に必要事項を記入して添付してください。(複数の一部事業施設を有するときは、それぞれについてその３に必要事項を記入して添付してください。)

　４　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

その２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 単位目 | 単位別の従業者の職種・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) | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 基準上の必要員数(人) | | |  | |  | |  | |  | | |
| 適合の可否 | | |  | |  | |  | |  | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | 適合の可否 | |
| m2 | | | | | m2以上 | | | | | |  | |
| 運営の概要 | | 単位ごとの利用定員(人) | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | |  | | | | | | | | |
| 単位目 | 単位別の従業者の職種・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) | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 基準上の必要員数(人) | | |  | |  | |  | |  | | |
| 適合の可否 | | |  | |  | |  | |  | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | 適合の可否 | |
| m2 | | | | | m2以上 | | | | | |  | |
| 運営の概要 | | 単位ごとの利用定員(人) | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | |  | | | | | | | | |

備考

　１　受付番号、基準上の必要員数及び適合の可否の欄は、記入しないでください。

　２　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

その３

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 一部事業施設数 | | |  | | | | | | | | | | |
| 同時に通所介護(地域密着型通所介護)又は第１号通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限(人) | | | | | | | | |  | | | | |
| 一部事業施設 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | ファクシミリ番号 | |  | | | |
| 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) | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | m2 | | | | | | | |
| 運営の概要 | 利用者の数(人) | | | |  | | | | | | | | |
| 営業日 | | | |  | | | | | | | | |
| 営業時間  (サービス提供時間) | | | |  | | | | | | | | |

備考

　１　受付番号の欄は、記入しないでください。

　２　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。