

付表3 狭山市介護予防通所介護相当サービス事業者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 — )      |                              |    |      |                   |           |       |         |    |          |     |  |   |
|   | 直通連絡先                         | 直通電話番号         |                              |    |      |                   | FAX番号     |       |         |    |          |     |  |   |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 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             | 同時に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                                  |                               |                | 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 |         |    |          |     |  |   |
|   |                               | m <sup>2</sup> |                              |    |      | m <sup>2</sup> 以上 |           |       |         |    |          |     |  |   |
| 主な揭示事項                                  | 単位ごとの定員                       |                | 人                            |    |      |                   |           |       |         |    |          |     |  |   |
|   | 営業日                           |                | 日                            | 月  | 火    | 水                 | 木         | 金     | 土       | 祝  | その他年間の休日 |     |  |   |
|   | 営業時間                          |                | 平日                           |    |      | ~                 |           |       | 土曜      |    | ~        | 日・祝 |  | ~ |
|   | 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                     |                | ①                            | ②  | ③    | ④                 | ⑤         |       |         |    |          |     |  |   |
| 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 「主な揭示事項」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 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、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、別紙に記載し添付してください。
  - 5 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表6-2」に必要な事項を記載のうえ、添付してください。
  - 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

付表3別紙

狹山市介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

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

|      |                |                              |         |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
|------|----------------|------------------------------|---------|------|----|------|----|----------|----|-------|--------|--|---|--|--|--|---|---|
| 事業所  | フリガナ           |                              |         |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
|      | 名称             |                              |         |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
| 単位   | 単位別従業者         | 同時に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 |   |
|      |                | 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      |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
|      | 2              | 主な揭示事項                       | 単位ごとの定員 |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   | 人 |
| 営業日  |                |                              | 日       | 月    | 火  | 水    | 木  | 金        | 土  | 祝     | その他年間の |  |   |  |  |  |   |   |
|      |                |                              |         |      |    |      |    |          |    |       | 休日     |  |   |  |  |  |   |   |
| 営業時間 |                |                              | 平日      |      | ～  |      | 土曜 |          | ～  |       | 日・祝    |  | ～ |  |  |  |   |   |
|      |                | 備考                           |         |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
| 単位   | 単位別従業者         | 同時に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 |   |
|      |                | 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      |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
|      | 3              | 主な揭示事項                       | 単位ごとの定員 |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   | 人 |
| 営業日  |                |                              | 日       | 月    | 火  | 水    | 木  | 金        | 土  | 祝     | その他年間の |  |   |  |  |  |   |   |
|      |                |                              |         |      |    |      |    |          |    |       | 休日     |  |   |  |  |  |   |   |
| 営業時間 |                |                              | 平日      |      | ～  |      | 土曜 |          | ～  |       | 日・祝    |  | ～ |  |  |  |   |   |
|      |                | 備考                           |         |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
| 単位   | 単位別従業者         | 同時に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 |   |
|      |                | 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      |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |
|      | 4              | 主な揭示事項                       | 単位ごとの定員 |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   | 人 |
| 営業日  |                |                              | 日       | 月    | 火  | 水    | 木  | 金        | 土  | 祝     | その他年間の |  |   |  |  |  |   |   |
|      |                |                              |         |      |    |      |    |          |    |       | 休日     |  |   |  |  |  |   |   |
| 営業時間 |                |                              | 平日      |      | ～  |      | 土曜 |          | ～  |       | 日・祝    |  | ～ |  |  |  |   |   |
|      |                | 備考                           |         |      |    |      |    |          |    |       |        |  |   |  |  |  |   |   |