附表２

通所型サービス事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | （　　）　 － | ＦＡＸ番号 | （　　）　 － |
| Ｅ－ｍａｉｌアドレス |  |
| 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 | （〒　　　－　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種 | （　有　・　無　） |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合記入） | 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 |
| 従業者の職種・員数（単位別） | 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 | ㎡ |
| 主な掲示事項 | 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 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| サービス提供時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| 利　用　料 | 法定代理受領分 | 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に別途介護保険負担割合証に示された割合 |
| 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額又は町が定めた額 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 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すること。

２　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。