

付表1-3

第1号事業者(予防通所介護)の指定に係る記載事項

今回申請するサービスにチェック印を付けてください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------|----|---------------|----|-----------|----|---------|----------|------|-------|--|--|
| 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 | 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事業を行う利用者の上限 | | | | | | 人 | | | | | | |
| 通所事業の提供に必要な場所の合計面積(Cは機能訓練室の面積) | | | | | | | | | | | | | | |
| m ² | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該単位のサービスに印を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ² | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別従業者 | | | 生活相談員 | | 柔道整復師 | | 保健・医療の専門職 | | 機能訓練指導員 | | 介護職員 | | | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 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 | 平日 | | | ~ | | | 土曜 | | | ~ | 日曜・祝日 | | |
| | | サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 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 「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。
- 3 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・員数については、「付表2(別紙)」に記載し、添付してください。
- 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
- 5 当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定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分かるような料金表を提出してください。(日本工業規格A列4番)