付表2

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業 指定事業者 指定・更新に係る記載事項

〈　通所介護現行相当サービス　・　通所サービスＡ　〉

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　）　　　　 |
| 連絡先 | 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 | （〒　　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | 名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
|  | （食堂と機能訓練室が同一の場合） | （食堂と機能訓練室が別の場合） |
|  | 食堂兼機能訓練室の面積 | ㎡ | 機能訓練室の面積 | ㎡ |
|  | 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 | 一般職員 |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　　　　曜日　～　　　曜日 |
| 年間の休日 | 　　　　曜日及び　　／　　～　　／　　、　　／　　～　　／ |
| 営業時間 | 　　　　：　　　～　　　： |
| サービス提供時間 | 　　　　：　　　～　　　：　　　（送迎時間を除く） |
| 利用定員 | 　　　　　　人 |
| 利用料 | 法定代理受領分　　　　　　　　　　　　介護報酬告示上の額 |
| 法定代理受領分以外　　　　　　　　　　介護報酬告示上の額 |
| その他の費用 | 運営規程のとおり |
| 通常の事業の実施地域 |  |

備考　　1「受付番号」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様に記載した書類を添付してください。

3　添付書類

　　　　（1）登記事項証明書又は条例等

（2）事業所の平面図・写真・位置図

（3）管理者の経歴を記載した書面

（4）運営規程、重要事項説明書

（5）利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面

（6）従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

（7）当該申請に係る事業のサービス費の請求に関する事項を記載した書面

（8）欠格事由に該当しないことを誓約する書面

（9）その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面