

付表13 (介護予防・日常生活支援総合事業 通所)

通所介護相当サービス (現行相当) ()

通所型サービスA (緩和した基準) ()

の指定に係る記載事項

(表)

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				
	備考	メールアドレス									
管理者	(フリガナ) 氏名	-----			住所	(郵便番号 -----)					
	生年月日										
	当該事業所で兼務する場合の兼務する職務										
	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、施設等の名称		兼務する職務及び勤務時間等						
		利用定員				人					
実施単位数		単位									
食堂及び機能訓練室の面積の合計		m ²									
単位別 (単位目)	従業者	区分	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面積		m ²			※基準上の必要面積			※適合の可否		
						m ² 以上					
	利用定員		人								
	営業日										
営業時間											
主な 揭示 事項		利用料		法定代理受領分		可児市が定める基準額の利用者負担分					
				法定代理受領分以外		可児市が定める基準額					
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
添付書類											

<備考>

- ※欄は記入しないでください。
- 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。
- 「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。

通所型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

区分	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	
従業員 単位別	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面積 単位目			m ²		※基準上の必要面積		※適合の可否		
					m ² 以上				
主な 揭示 事項	利用定員	人							
	営業日								
	営業時間								
	利用料	法定代理受領分	可児市が定める基準額の利用者負担分						
		法定代理受領分以外	可児市が定める基準額						
	その他の費用								
	通常の事業の実施地域								
添付書類									

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の 一部を 行う 施設	(フリガナ) 名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		メールアドレス	(携帯メールは不可)		
備考					

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。