

付表1 移動支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 -) 岐阜県 可児市				
連絡先	電話番号				FAX番号	
	フリガナ					
管理者	氏名			住所	(〒 -) 県 郡・市	
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称				
		兼務する職種及び勤務時間等				
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第 条 第 項 第 号	
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(〒 -)
	氏名					
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(〒 -)
	氏名					
従業者の職種・員数		移動支援事業従業者		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
事業の内容 個別支援型						
主たる対象者		特定なし	身体障がい者	知的障がい者	障がい児	精神障がい者
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域		可児市・その他の市町村()				
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない		
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	担当者	
		その他				

(備考)

- 「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表3-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、可児市以外の区域でも実施する場合は記載してください。

付表1-2 移動支援事業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

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 -) 岐阜県 可児市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
事業の内容		個別支援型			
主たる対象者		特定なし	身体障がい者	知的障がい者	障がい児 精神障がい者
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域		可児市・その他の市町村 ()			
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない		
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者
		その他			

(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業に記載した書類を添付してください。
- 2 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 3 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、可児市以外の区域でも実施する場合は記載してください。

付表2 日中一時支援(日中短期入所)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称																											
	所在地	(〒 -) 岐阜県 可児市																										
	連絡先	電話番号							FAX番号																			
管理者	フリガナ	(〒 -)																										
	氏名					住所					県	郡・市																
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																											
事業所の種別及び定員	空床型	本体施設の空床の範囲内																										
	併設型	人																										
併設型の場合	単独型	人																										
	併設型の場合	本体施設の名称							施設種別																			
従業者の職種・員数(人)	併設型の場合	本体施設の定員	人						本体施設の前年度平均入所者数	人																		
	サービス管理責任者	医師				看護職員						心理判定員																
従業者数	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	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)																											
	常勤換算後の人数(人)																											
	基準上の必要人数(人)																											
従業者数	職能判定員	理学療法士等				あん摩マッサージ指圧師				生活支援員																		
	合計	合計				機能訓練指導員																						
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	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)																											
従業者数	常勤換算後の人数(人)																											
	基準上の必要人数(人)																											
	職業指導員	就労支援員				介護職員				児童指導員				保育士				精神保健福祉士				その他の従業者						
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	常勤(人)																											
主な揭示事項	常勤換算後の人数(人)																											
	基準上の必要人数(人)																											
	営業日																											
	営業時間																											
	主たる対象者	特定なし				身体障がい者				知的障がい者				障がい児				精神障がい者										
利用料																												
その他の費用																												
通常の送迎の実施地域	可児市・その他の市町村()																											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない																										
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)						担当者																				
	その他																											
協力医療機関	名称							主な診療科名																				
添付書類	別添のとおり																											

(備考)

- 「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 新設の場合には、「本体施設の前年度の平均入所者数」欄は推定数で記入してください。
- 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の送迎の実施地域」欄には、可児市以外の区域がある場合に記載してください。

付表3 生活サポート事業者等の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 -) 岐阜県可児市				
	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				住所	県 市・郡
	居宅介護従業者との兼務の有無				有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称				
				兼務する職種及び勤務時間等		
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為又は条例等					第 条 第 項 第 号	
サービス 提供責任者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 -)
従業者の職種・員数		居宅介護従業者		生活サポート		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)		常勤換算2.5人以上				
主な掲示事項						
営業日						
営業時間						
サービス内容 (実施するものに○を付すこと)		生活サポート・重度訪問介護利用者の大学修学支援事業				
主たる対象者 (対象者を特定する場合は、対象とする障害種別欄に○を付すこと。特定しない場合は、特定無しに○)		特定無し・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者				
利用料		身体介護・家事援助・乗降介助・日常生活支援				
その他の費用						
通常の事業の実施地域		可児市・その他の市町村()				
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない		
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者
		その他				
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表)				

(備考)

1. 岐阜県へ提出される「居宅介護・重度訪問介護・行動援護事業所等の指定に係る記載事項」に準じて記載してください。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」欄には、可児市以外の区域がある場合に記載してください。

付表4 地域活動支援センター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					
管理者	フリガナ					住所	〒					
	氏名											
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為又は条例等の条項						第 条第 項第 号						
サービス管理責任者	フリガナ					住所	〒					
	氏名											
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
前年度の平均利用人数(人)												
主な揭示事項												
営業日												
営業時間												
サービス内容		I 型 ・ II 型 ・ III 型										
利用定員												
主たる対象者		特定なし	身体障がい者									
			細分なし	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害					
		知的障がい者	精神障がい者									
利用料												
その他の費用												
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない						
		苦情解決の窓口・担当者		窓口(連絡先)				担当者				
		その他										
協力医療機関		名称					主な診療科名					
添付書類		別添のとおり										

裏面あり

付表 4 の裏面

記載以上の注意事項

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別葉に記載した書類を添付してください。
- 2 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことです。
- 3 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「兼務」欄には、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 5 新設の場合には、「前年度の平均利用人数」欄は、今年度の推定数を記入してください。
- 6 「サービス内容」欄には、実施するものに○を付してください。
- 7 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5 訪問入浴サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 -) 岐阜県 可児市					
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号		
	フリガナ			住所	(〒 -) 県 郡・市		
	氏名						
者	当該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(兼務の場合記入)	事業所等の名称					
		兼務する職種及び勤務時間等					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第 条 第 項 第 号		
従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
主な揭示事項							
営業日							
営業時間							
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域		可児市・その他の市町村()					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない			
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者	
		その他					
協力医療機関		名称				主な診療科名	
		名称				主な診療科名	

(備考)

- 1 「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、可児市以外の区域でも実施する場合は記載してください。