**付表９－１　地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 併設事業所の種別、名称 |  | 事業所番号 |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該地域密着型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 |  | 事業所番号 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 実施単位数 | 　　　　　単位 | 事業所で同時に地域密着型通所介護を行う利用者の上限 | 　　　　　人 |
| 通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練 | 病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の |
| 室の合計面積 | 　　　㎡ | 連携先 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 | 　　　　　㎡ |
| 単位別従業者の職種・員数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 | 病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  | 有　・　無 |
| 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 |
| 利用料 | 法定代理受領分（１割、２割又は３割負担分） |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　１　「受付番号」欄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に記載した書類を添付してください。

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９－１（別紙）」に記載し、添付してください｡

４　従業者の員数については、総数を記載してください。

５　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には､当該指定地域密着型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｡