|  |
| --- |
| 通所型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 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 　 |
| 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･寄附行為の条文 | 第　条第　項第　号 |
| 管　理　者 | フリガナ | 　 | 住 所 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 氏　名 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | （有・無） |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | 事業所の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 実施単位数　　　単位 | ①当該事業所で同時に通所介護サービス及び従前相当サービスを行う利用者の上限　（　　　　）人②当該事業所で同時に通所型サービスＡを行う利用者の上限 （ ） 人　上記①と②の合計人数　（　　　　　　）人 |
| 従事者の職種・員数（単位別） | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ※基準上の必要人数（人） |  |  |  |  | 有 ・ 無 |
| ※適合の可否 |  |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積　　　　　　㎡ | 基準上の必要数値　　　　　　　　㎡以上　　 |
| 主 な 掲 示 事 項 | 利用定員 | 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 | 平日 | 　 | ～ | 　 | 土曜 | 　 | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 利 用 料 | 法定代理受領分 | 国分寺市介護予防・日常生活支援総合事業実施規則別表第３に定める額 |
| 法定代理受領分以外 | 上記規則別表第２に定める額から別表第３に定める額を除した額 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 |  | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |
| 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，別様に記載した書類を添付すること。

２　「主な掲示事項」については，本欄の記載を省略し，別添として差し支えない。