

付表7

地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業	フリガナ																				
	名称																				
業	所在地	(郵便番号 _____) _____ 県 _____ 郡 市																			
	連絡先	電話番号					FAX番号														
所管	フリガナ					(郵便番号 _____)															
	氏名					住所															
	生年月日	年	月	日																	
理	当該事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																				
	兼務する同一敷地内の			事業所等名称																	
	他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)			兼務する職種 及び勤務時間等																	
実施単位数	単位	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限							人												
単 位 別 従 業 者	生活相談員	専従		兼務		看護職員		専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	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合計面積											基準上の必要数値			適合の可否							
											m ²			m ² 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	～												
	サービス提供時間	: ~ : (送迎時間を除く)																			
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)																			
	法定代理受領分以外																				
その他の費用																					
通常の事業 実施地域	①	②		③			④		⑤												
添付書類	備考																				
	別添のとおり																				

備考

- 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄に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。
- 「主な掲示事項」欄については、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。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る単位別従業者及び利用定員等については、「付表(別紙)」に記載し添付してください。
- 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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。

付表

地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業	フリガナ	デイサービス									
	名称	デイサービス伊都									
業	所在地	(郵便番号 649 - 7203) 和歌山 県 橋本 郡 (市) 高野口町名古屋 9 2 7									
	連絡先	電話番号	0736-42-5440			FAX番号	0736-42-0886				
所管	フリガナ	ワカヤマ イチロウ			住所	(郵便番号 640 - 3333) 和歌山市城下町1-11-6					
	氏名	和歌山 一郎									
	生年月日	昭和 38 年 11 月 24 日									
理	当該事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
	兼務する同一敷地内の	事業所等名称	訪問介護事業所伊都								
	他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	兼務する職種 及び勤務時間等	管理者(1日8時間のうち4時間)								
実施単位数	1 単位		同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限					1 5 人			
単 位 別 従 業 者		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)	1				2		1			
	非常勤(人)			1		1					
	基準上の必要人数(人)										
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				適合の可否			
7 0 m ²				m ² 以上							
主 な 掲 示 事 項	利用定員	1 5 人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日	
			○	○	○	○	○			12/29~1/3	
	営業時間	平日	9:00 ~		18:00		土	曜	~	日曜・祝	~
		備考									
サービス提供時間	10 : 00 ~ 17 : 00 (送迎時間を除く)										
利 用 料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬告示上の額									
	法定代理受領分以外	同上									
その他の費用	運営規程に定める利用料のとおり										
通 常 の 事 業 実 施 地 域	①	九度山町		②			③	④		⑤	
	備考										
添付書類	別添のとおり										

備考

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」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 「主な掲示事項」欄については、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。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、2単位目以降に係る単位別従業者及び利用定員等については、「付表(別紙)」に記載し添付してください。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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。

