付表５　共生型通所型サービスの指定（更新）に係る記載事項

（表）

　　当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□通所介護　□介護予防通所介護相当サービス　□共生型通所型サービス

□通所型サービスＡ　□通所型サービスＣ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| （ビルの名称等） |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Email |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | 〒 |
| 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) | 事業所等の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 実施単位数 | 単位 |  |
| 同時に介護予防通所介護相当サービス（若しくは一体的に実施する通所介護）の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 　　人 |
| 単位別従業者の職種・員数(一体的に実施する通所介護事業所を含む。) | 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合計面積 | ※基準上の必要数値 | ※適合の可否 |
|  | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間(単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)) | （① 　： 　～　 ： 　②　 ： 　～　 ：　③　 ： 　～ 　： 　） |
| 利用定員 | 　 人（単位ごとの定員① 　人、② 　人、③　人） |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 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　※印の欄は、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様に記載した書類を添付してください。

３　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

４　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、別様に記載し添付してください。

（裏）

共生型通所型サービス

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 単位別従業者の職種･員数(一体的に実施する通所介護事業所を含む。) | 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 |  |  |  |  |