

付表 3-1 介護予防通所介護相当サービスの指定（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 介護予防通所介護相当サービス
 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)									
事業所	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号						
	当該事業の実施について定めている定款等の条文				第	条第	項第	号			
管理者	フリガナ				住所	〒					
	氏名										
	生年月日										
管理者	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									
実施単位数	単位										
同時に介護予防通所介護相当サービス（及び一体的に実施する（介護予防）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（介護予防）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				
主な揭示事項	営業日										
	営業時間（単位ごとのサービス提供時間）		(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（申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（組織体制図、資格証、雇用契約書の写し等）、事業所の管理者の経歴書、事業所の平面図、位置図、備品概要、運営規程、利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要、当該申請に係る資産の状況（決算書、損害保険証書等）、当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地、介護保険法第115条の45の5第2項及び高松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条各号に該当しないことを誓約する書面、役員の氏名等、貸借契約書、建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証、その他市長が必要と認めるもの）											

（裏面あり）

(裏)

介護予防通所介護相当サービス

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のこと。

単位別従業者の職種・員数（一体的に実施する（介護予防）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								

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、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 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、別葉に記載し添付してください。
- 5 事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表3-2」に必要事項を記載の上、添付してください。