

付表5 通所型サービスC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)				
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					
	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					
同時に通所型サービスC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		従事者		機能訓練指導員又は健康運動指導士		
		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						
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）、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)

通所型サービスC

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	従事者		機能訓練指導員又は健康運動指導士	
	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。