付表第二号（五）　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項　（共用型）

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　市　区　町　村							
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX番号				
		Email							
本体事業種別		□認知症対応型共同生活介護事業所　□地域密着型特定施設　□地域密着型介護老人福祉施設							
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（兼務の場合のみ記入）								
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			事業所番号				
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数					人				
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡	利用定員（同時利用）		人			

サービス提供単位1

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		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）								
	計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		:	～	:
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:
	土曜日	:	～	:
	日曜日・祝日	:	～	:
サービス提供時間		:	～	:
利用定員		人		

サービス提供単位2

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		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）								
	計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		:	～	:
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:
	土曜日	:	～	:
	日曜日・祝日	:	～	:
サービス提供時間		:	～	:
利用定員		人		

サービス提供単位3

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		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）								
	計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		:	～	:
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:
	土曜日	:	～	:
	日曜日・祝日	:	～	:
サービス提供時間		:	～	:
利用定員		人		

添付書類	別添のとおり

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村							
	連絡先	電話番号	（内線）			FAX番号			
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			利用定員（同時利用）			人	
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		:			～		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:			～		:		
		土曜日	:			～		:		
		日曜日・祝日	:			～		:		
	サービス提供時間		:			～		:		
	利用定員		人							
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		:			～		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:			～		:		
		土曜日	:			～		:		
		日曜日・祝日	:			～		:		
	サービス提供時間		:			～		:		
	利用定員		人							
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		:			～		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:			～		:		
		土曜日	:			～		:		
		日曜日・祝日	:			～		:		
	サービス提供時間		:			～		:		
	利用定員		人							

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又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　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。
3　機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
5　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（共用型）記入欄不足時の資料

■サービス提供単位４以降

サービス提供単位４

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		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）									
		計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		：	～	：
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員			人	

サービス提供単位５

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		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）									
		計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		：	～	：
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員			人	

サービス提供単位６

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		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）									
		計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		：	～	：
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員			人	

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所又はサービス提供単位４以降

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="6">（郵便番号　　－　　）
都　道　　市　区
府　県　　町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（内線）</td><td>FAX番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3">食堂及び機能訓練室の合計面積</td><td>㎡</td><td colspan="2">利用定員(同時利用)</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="8">サービス提供単位４</td><td colspan="6">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日(該当に○)</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">その他(年末年始休日等)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="4">人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">サービス提供単位５</td><td colspan="6">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日(該当に○)</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">その他(年末年始休日等)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="4">人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">サービス提供単位６</td><td colspan="6">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日(該当に○)</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">その他(年末年始休日等)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="4">人</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>