付表第三号（二）通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類（該当に○）	介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス	定率	
				定額	

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				

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		
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		

○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		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）								

○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		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）								

○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		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）								

○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

（通所型サービス事業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							

添付書類	平面図

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。
6　「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による通所型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

（参考）通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項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		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）									
	○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		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）									
	○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							

（通所型サービス事業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

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4	○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	○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							