

付表5 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業者の更新に係る記載事項

|   |                                  |                            |    |           |    |       |        |         |    |
|---|----------------------------------|----------------------------|----|-----------|----|-------|--------|---------|----|
| 事業所   | フリガナ                             |                            |    |           |    |       |        |         |    |
|   | 名称                               |                            |    |           |    |       |        |         |    |
|   | 所在地                              | 〒<br>(ビルの名称等)              |    |           |    |       |        |         |    |
|   | 連絡先                              | 電話番号                       |    |           |    | FAX番号 |        |         |    |
| E-mail  |                                  |                            |    |           |    |       |        |         |    |
| 管理者   | フリガナ                             |                            |    |           | 住所 | 〒     |        |         |    |
|   | 氏名                               |                            |    |           |    |       |        |         |    |
|   | 生年月日                             |                            |    |           |    |       |        |         |    |
|   | 当該事務所で兼務する他の職種<br>(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                               |                            |    |           |    |       |        |         |    |
| 同時に地域密着型通所介護及び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  |                                  | 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                           |                            |    |           |    |       |        |         |    |
| 通常の実施地域   |                                  |                            |    |           |    |       |        |         |    |
| 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 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。 |                                  |                            |    |           |    |       |        |         |    |
| 4 添付書類は別紙を参考にしてください。  |                                  |                            |    |           |    |       |        |         |    |



## 別紙

## 地域密着型通所介護（療養通所介護） 更新申請に係る添付書類一覧

| 主たる事業所の名称 |                                    |            |
|-----------|------------------------------------|------------|
| 申請する事業の種類 |                                    |            |
| No.       | 添 付 書 類                            | 参考様式No.    |
| 1         | 法人登記事項証明書又は条例等                     |            |
| 2         | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表及び組織体制図           | 参考様式 1     |
| 3         | 従業者の資格証・雇用契約書（雇用予定証明書）の写等          |            |
| 4         | 事業所の位置図・平面図                        | 参考様式 3     |
| 5         | 居室面積等一覧表                           | 参考様式 4     |
| 6         | 設備・備品等に係る項目一覧                      | 参考様式 5     |
| 7         | 運営規程                               |            |
| 8         | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要           | 参考様式 7     |
| 9         | 損害保険証書の写し                          |            |
| 10        | 介護保険法第 7 8 条の 2 第 4 項各号に該当しない旨の誓約書 | 参考様式 8 - 4 |
| 11        | 役員名簿                               | 参考様式 9     |
| 12        | 運営推進会議構成員の名簿                       | 参考様式 1 0   |
| 13        | 土地・建物の登記事項証明書                      |            |
| 14        | 賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）      |            |
| 15        | 建築基準法上の検査済証、消防用設備等検査済証等            |            |
| 16        | 介護給付費算定に係る体制等に関する体制状況等一覧表          |            |
| 17        | その他（事業所の案内、パンフレット等）                |            |

## 備考

1 次の添付書類には、原本証明をつけてください。

- ・ 登記事項証明書 ・ 雇用契約書 ・ 損害保険証書
- ・ 公図の写し ・ 貸借契約書

2 体制等に変更がある場合は別途体制等に関する届出書を提出してください

| 記入担当者連絡先 |      |          |
|----------|------|----------|
| 担 当 者 名  |      |          |
| 連 絡 先    | 電話番号 | F A X 番号 |