

付表2 指定通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
		(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	(郵便番号 -)			
	氏名								
	生年月日								
	当該指定通所介護相当サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)		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、介護予防通所介護及び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								
通常の事業実施地域									
添付書類	別添のとおり								

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 本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、別様に記載し添付してください。

※受付番号	
-------	--

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	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								

記入例

付表2 指定通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルデイサービスセンター						
	名称	○●デイサービスセンター						
	所在地	(郵便番号769-2392) 香川県さぬき市長尾東○△■番地○ (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	0879-52-○●○○		FAX番号	0879-52-○●○○		
	E-mail	○○●@△△▼▼○						
管理者	フリガナ	シド ハジメ		住所	(郵便番号769-2195)			
	氏名	志度 一			香川県さぬき市志度○△■◇番地○			
	生年月日							
		当該指定通所介護相当サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				介護職員		
		兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)	名称					
		兼務する職種及び勤務時間等						
実施単位数	2単位							
同時に介護予防通所介護相当サービス、介護予防通所介護及び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					30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)	1		1	1			1
	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		
105.2㎡			㎡以上					
主な揭示事項	営業日	月曜日～金曜日(但し、祝祭日及び12/28～1/4を除く)						
	営業時間(単位ごとのサービス提供時間)	8:30～17:00 (①9:00～16:00 ②10:30～15:30③ : ~ :)						
	利用定員	30人(単位ごとの定員①15人、②15人、③人)						
	利用料	法定代理受領分 さぬき市が定める額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額						
		法定代理受領分以外 さぬき市が定める額						
	その他の費用	地域外交通費、食材料費、オムツ代						
通常の事業実施地域	さぬき市、高松市							
添付書類	別添のとおり							

別紙

介護予防通所介護相当サービス

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

※受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類	備考
		介護予防 通所介護相当サービス	
1	法人登記事項証明書又は条例等		
2	従業員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)		参考様式 1
3	事業所の平面図、位置図、備品概要 必要に応じて外観や内部の様子が分かる写真		参考様式 3 参考様式 4 参考様式 5
4	運営規程		
5	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
6	損害賠償保険証書		
7	さぬき市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の 指定に関する要綱第 3 条第 3 項各号に該当しないことを 誓約する書面		参考様式 8-3
8	役員名簿		参考様式 9
9	その他（土地の公図、土地及び建物の登記事項証明書、 賃貸借契約書の写し又はそれに代わるもの、建築基準法 の規定による検査済証、消防設備等検査済証）		
10	【既存の建物を使用する場合】 用途変更確認済証又は工事完了届出書		
11	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状 況一覧表		

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - 参考様式を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
 - 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。
 - 次の添付書類には、原本証明をつけてください。
 - ・法人登記事項証明書、条例等
 - ・雇用契約書
 - ・損害賠償保険証書
 - ・土地の公図
 - ・土地及び建物の登記事項証明書
 - ・賃貸借契約書
 - ・建築検査済証
 - ・消防検査済証
 - 体制に変更がある場合は別途変更届及び添付資料を提出してください。

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号