様式第６号

介護予防・日常生活支援総合事業第１号通所事業者の記載事項

１　事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |

２　申請内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の種別（○印を記入） | | | | | | ・旧介護予防通所介護相当サービス（国基準）  ・通所型サービスＡ | | | |
| 当該事業の実施に定めている定款等の条項 | | | | | | 第　　　　条第　　　　項第　　　　号 | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | |  | | 住所 | | （郵便番号　　　　－　　　　　） | | |
| 氏　　名 | |  | |
| 生年月日 | |  | |
| 兼務する他の職務（兼務する場合のみ記入） | | | | | | |  | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務する事業所又は施設がある場合に記入） | | | 事業所又は施設の名称 | | | |  | |
| 兼務する職務及び勤務時間等 | | | |  | |
| 実施単位数 | | 単位 | | 同時に通所型サービス（通所介護を含む）の提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | 人 |

（１）単位①

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 単位当たりの従業者 | | 区分 | | | | | | | 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） | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  |
| 基準上の必要員数（人） | | | | | | | ※ | | | | | | ※ | | | ※ | | | ※ | |
| 適否 | | | | | | | ※ | | | | | | ※ | | | ※ | | | ※ | |
| 食堂及び機能訓練室の面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | |  | |
| 定　員 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | |
| 営 業 日 | | 日 | | 月 | | | 火 | 水 | 木 | | 金 | | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | | |
|  | |  | | |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | 胎内市が定める額の利用者負担分 | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | 胎内市が定める額 | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（２）単位②

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 単位当たりの従業者 | | 区分 | | | | | | | 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） | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  |
| 基準上の必要員数（人） | | | | | | | ※ | | | | | | ※ | | | ※ | | | ※ | |
| 適否 | | | | | | | ※ | | | | | | ※ | | | ※ | | | ※ | |
| 食堂及び機能訓練室の面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | ※ | |
| 定　員 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | |
| 営 業 日 | 日 | | 月 | | | 火 | 水 | 木 | | 金 | | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | |
|  | |  | | |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 営業時間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | 胎内市が定める額の利用者負担分 | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | 胎内市が定める額 | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　※欄は記入しないこと

　　　２　「利用料」及び「その他の費用」は、別に資料を添付することで、記入を省略できます。