|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

付表２

　　　通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他の職務との兼務の状況 | | | | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | （兼務がある場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 当該指定第１号通所事業所で兼務する他の職種 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 職種 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | | | | | | | | | 事業所又は施設の名称  及び事業又は施設の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | | | | | | | | | | 単位 | | | | | | | | | | | | | | | 同時に通所型サービスの提供を受けることができる利用者の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別（　　単位目） | ※２単位目以降がある場合は、別紙に記載し、添付すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者 | | |  | | | | 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) | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 主な掲示事項 | | 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 | | | 平日 | | | |  | | | | | ～ | | | |  | | | | | | 土曜 | | | | |  | | | | | ～ | | |  | | | | 日・祝 |  | | | | ～ | |  |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | ：　　～　　：　　（　　　時間　　分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | | | | 朝来市の定める額の１割、２割又は３割（負担割合証に記載の割合に準ずる。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | 朝来市の定める額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の  費用 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業  実施地域 | | | | ① | | | | | | | | | | | ② | | | | | | | | | | | | | ③ | | | | | | | | | ④ | | | | | | ⑤ | | | |
| 備考 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付資料 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

　２　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

　３　主な掲示事項については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付しても差し支えありません。

　４　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のみ記載してください。

　５　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、単位別従業者の職種・員数等については、付表２別紙に記載し、添付してください。

付表２別紙

　　　通所型サービス事業者の指定に係る記載事項（２単位目以降）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報（ ２単位目 ） | 従業者 |  | | | 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) | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 定員 | | 人 | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | | |
| 営業日 | | 日 | 月 | | | | 火 | 水 | | | 木 | | 金 | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | |  | | | | ～ | | |  | | | 土曜 | | |  | ～ | | |  | | 日・祝 |  | | ～ | |  |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | | | | | | | | | ：　　～　　：　　（　　　時間　　　分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報（ ３単位目 ） | 従業者 |  | | | 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） | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 定員 | | 人 | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | | |
| 営業日 | | 日 | 月 | | | | 火 | 水 | | | 木 | | 金 | | 土 | 祝 | | その他  年間の休日 | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | |  | | | | ～ | | |  | | | 土曜 | | |  | ～ | | |  | | 日・祝 |  | | ～ | |  |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | | | | | | | | | ：　　～　　：　　（　　　時間　　　分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報（ ４単位目 ） | 従業者 |  | | | 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) | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 定員 | | 人 | | | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | | |
| 営業日 | | 日 | 月 | | | 火 | | 水 | | | 木 | | 金 | | 土 | 祝 | | その他  年間の休日 | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | |  | | | | ～ | | |  | | | 土曜 | | |  | ～ | | |  | | 日・祝 |  | | ～ | |  |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | | | | | | | | | ：　　～　　：　　（　　　時間　　　分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備　考

１　本別紙は、２単位以上実施する場合に、付表２とあわせて使用してください。

２　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。