**付表１－５ （現行通所）**

**阿南市介護予防通所介護相当サービスの指定に係る記載事項**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事　 業　 所** | **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **名称** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在地** | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡先** | **電話番号** | |  | | | | | | | | | | | | **F A X** | | | |  | | | | | | |
| **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** | | | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| **氏名** |  | | | | | | |
| **生年月日** |  | | | | | | |
| **当事業所で兼務する他の職種（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**  **（兼務の場合のみ記入）** | | | | **事業所等名称** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **兼務する職種**  **及び勤務時間等** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **従業者の職種・員数**  **（単　位　別）** | | | **生活相談員** | | | | | **介護職員** | | | | | | | **看護職員** | | | | **機能訓練指導員** | | | | |  | | |
| **専従** | | | **兼務** | | **専従** | | **兼務** | | | | | **専従** | | **兼務** | | **専従** | | | **兼務** | | **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** | | | | | | | **㎡以上** | | | | | | **適合の可否** | | | ※ | |
| **主 な 掲 示 事 項** | **営業日** | | **日** | | **月** | | **火** | | **水** | | **木** | | | **金** | | **土** | | **祝** | | **その他**  **年間休日** | | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **営業時間** | | **平日** | | ～ | | | | | | **土曜** | | | ～ | | | | | | **日曜・祝日** | | | ～ | | | |
| **利用定員** | | **定員** | | 人 | | | | | | **定員** | | | 人 | | | | | | **定　員** | | | 人 | | | |
| **利用料** | | 法定代理受領分（負担割合証に記載されている負担割合に応じた額） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **その他の費用** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **通常の事業実施地域** | | ① | | | | | | | | | ② | | | | | | | | | ③ | | | | | |
| **添　　 付　　 書　　 類** | | | 別添「指定申請に係る提出書類一覧」のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【 備考 】

１　「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、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葉に記載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差し支えありません。

４　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

員数については、付表１-５（別紙）に記入し添付してください。

５　本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、付表１-６に必要事項を記入の上、添付してください。

６　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

７　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

８　当該サービス以外のサービスを実施する場合には､当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分

　　かるような料金表を提出してください｡

**介護予防・日常生活支援総合事業用**