

介護予防通所介護相当サービスの事業者指定に係る記載事項

事業所	ふりがな 名 称									
	所在地		(郵便番号 — )							
	連絡先	電話番号			FAX番号					
管理者	ふりがな 氏 名			住所	(郵便番号 — )					
	生年月日									
	事業所で他の職務を兼務する場合にあっては、その職務名									
	一の敷地内の他の事業所等の職務を兼務する場合にあっては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間									
1日当たりの実施単位数		単位								
単位ごとの利用定員		1単位目		人		2単位目		人		
単位ごとの従業者の員数			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
	1単位目	常勤(人)								
		非常勤(人)								
		※基準上の必要員数(人)								
		※適合の可否								
	2単位目	常勤(人)								
		非常勤(人)								
		※基準上の必要員数(人)								
		※適合の可否								
	食堂及び機能訓練室の合計面積			※基準上の必要面積			※適合の可否			
				㎡			㎡以上			
主な揭示事項	営業日									
	サービス提供時間									
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)								
		法定代理受領分以外								
	その他の費用									
通常の事業の実施地域										

- 備考
- ※印の欄は、記載しないこと。
  - 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、添付すること。
  - 次の書類を添付すること。
    - 事業所の所在地以外の場所に当該事業所に係る事業の一部を行う施設を有する場合にあっては、当該施設の名称及び所在地並びに食堂及び機能訓練室の合計面積を記載した書類
    - 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は事業の実施の根拠となる条例等
    - 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所に係る事業の一部を行う施設を有する場合にあっては、当該施設を含む。）の平面図（各室の用途を明示したもの）及び設備の概要を記載した書類
    - 管理者の経歴を記載した書類
    - 運営規程
    - 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
    - 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
    - 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類
    - 介護保険法第115条第45の第2項の規定に該当しないことを誓約する書面