付表１

**介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所の指定に係る記載事項(第１号通所事業)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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・寄付行為等の条文 | 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 |
| 当該通所介護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) | 事業所等名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
| 実施単位数 | 単位 | 事業所で同時にサービスを行う利用者の上限 | 人 | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ |
| 当該単位で同時にサービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積 | 人 | ㎡ |
| 単位別従事者 |  | 生活相談員 | 看護職員等 | 介護職員 | 機能訓練指導員等 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| サービス提供時間 |  |
| 備考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 朝日村告示額の１割又は２割(負担割合証の割合に準ずる) |
| 法定代理受理領分以外 | 朝日村告示上の額 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 備考 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　　１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。

　　　　２「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。

　　　　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、「付表１－１(別紙)」に記載し、添付してください。