付表2-1　金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業の指定に係る記載事項

事業所で提供するサービス全てにチェック印を付けてください。

□介護予防通所相当サービス　　□通所型サービスＡ（一般型）　□通所型サービスＡ（運動器機能向上型）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 住 所 | | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年月日 | | | | | | | | | | | |
| 当該通所型サービス事務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 | | | | | | | | 事業所等名称 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他の事業所又は施設 | | | | | | | | 兼務する職種 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | 及び勤務時間等 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | 単位 | | | | | | | | | 事業所で同時に通所型サービスを行う利用者の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | |
| 通所型サービス事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該単位で同時に通所型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 | | | | | ㎡ | | | | |
| 単位別従業者 |  | | | | 生活相談員 | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | 介護職員 | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | 従業者（無資格） | | | | |
| 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） | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | 介護報酬告示額の１割、２割又は３割（負担割合証の割合に準ずる） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | 介護報酬告示上の額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施 | | | | ① | | | | | | | | ② | | | | | | | | ③ | | | | | | ④ | | | | | ⑤ | | | |
| 地域 | | | | 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、別紙にて提出してください。

　　　　4　従業者の員数については、総数を記載してください。

　　　　5　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。