様式第１号（第３条関係）

（表）

　　　年　　　月　　　日

　三　豊 市 長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人にあっては、住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人にあっては、氏名）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　介護保険法(平成９年法律第１２３号)に規定する事業所(施設)に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所　　在　　地 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | |
| 法人の種別 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | |  | | | | | | |
| 代 表 者 の 職・  氏名・生年月日 | | | | 職　名 | | | |  | | | | | | | | | | フリガナ | | |  | | | | | | 生年月日  　　　　　年　　月　　日 | |
| 氏　名 | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の所在地 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香川県 | | | | | | 三豊市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 事 業 所・施 設 の 種 類 | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 指定申請をする事業等の  事業開始予定年月日 | | | | | 既に指定を受けている  事業等の指定年月日 | | | | 様　式 |
| 指定介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 介護予防訪問介護相当サービス  ・  生活支援訪問事業（訪問型サービスＡ） | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | 付表１ |
| 通所型サービス | 介護予防通所介護相当サービス  ・  生活支援通所事業（通所型サービスＡ） | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 | | | | ３ | | ７ |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | | 申請書担当者 | | | | | |  | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | | 連　　　　絡　　　　先 | | | | | |  | | | |

（裏）

　備考

　　１　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。

　　２　「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。

　　３　「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○印を記入すること。

　　４　「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。

　　５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。

　　６　「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して，そのすべてを記入すること。

　　６　「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを記入すること。また、複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。

【指定介護予防（訪問・通所）介護相当】・【指定生活支援事業（訪問型サービスＡ・通所型サービスＡ）】サービス事業者

付表１－１

介護予防訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名 称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香川県　三豊市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | |  | | | | | | | |
| E-mailアドレス | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の  他の事業所又は施設  (兼務の場合) | | | | | | | | | | 事業所等名称 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| サービス  提供責任者 | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従 業 者 の 職 種 ・ 員 数 | | | | | | | | | | | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | | | | | | |
| 専　従 | | | | | | | | | | 兼　務 | | | | | | | | 人 | | | | | | | |
|  | | 常 　勤 　 (人) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | 届出の前月　　　　　　人 | | | | | |  |
| 非 常 勤 (人) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | 届出の前々月　　　　　人 | | | | | |  |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 届出の前々々月　　　　人 | | | | | |  |
| 主 な 掲 示 事 項 | | 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 | | | |  | | ～ |  | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利 用 料 | | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 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葉に記載した書類を添付すること。

　２　出張所等がある場合は、所在地、従業者、営業時間等を付表１-２に記載すること。

　３　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表１－２

介護予防訪問介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　 称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （〒　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香川県　三豊市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | |
| E-mailアドレス | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 な 掲 示 事 項 | 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 | |  | | ～ |  |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利 用 料 | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 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葉に記載した書類を添付すること。

　２　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表２－１

介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香川県　三豊市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| E-mailアドレス | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の  他の事業所又は施設  (兼務の場合) | | | | | | | | | | 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 | | | | | | 同時に通所（療養）介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 平日 | | | |  | | | | | | | ～ | | | |  | | | | | 土曜 | | | |  | | | | ～ | |  | | | | | | 日曜・祝日 | | | |  | | | ～ |  |
| 利 用 料 | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 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葉に記載した書類を添付すること。

　２　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２-１（別紙）に記載し添付すること。

　３　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２-２に必要事項を記載の上、添付すること。

　４　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表２－１（別紙）

介護予防通所介護相当サービス事業者（２単位目以降）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 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 | | | | |  | | ～ |  |
| 備考 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 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 | | | | |  | | ～ |  |
| 備考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 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 | | | | |  | | ～ |  |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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葉に記載した書類を添付すること。

　２　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表２－２

介護予防通所介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部事業施設数 | | | | | 施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部事業施設 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香川県　三豊市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 同時に通所（療養）介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | ～ | | |  |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部事業施設 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 同時に通所（療養）介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | ～ | | | |  |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利 用 料 | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業  実施区域 | | 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葉に記載した書類を添付すること。

　２　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

添付書類　一部事業施設の平面図（設備、備品概要を含む。）