

付表2

介護予防・日常生活支援総合事業(通所型)の指定に係る記載事項

今回申請するサービスにチェック印を付けてください。

国基準相当通所型サービス  区独自基準通所型サービスA

事業所	フリガナ	テイ シフヤ										
	名称	テイ 渋谷										
	所在地	(郵便番号 ○○○ - ○○○○ ) 東京都 渋谷区 渋谷○-○-○										
	連絡先	電話番号	03-○○○○-○○○○			FAX番号	03-○○○○-○○○○					
管理者	フリガナ	シフヤ イチロウ				(郵便番号 ○○○ - ○○○○ )						
	氏名	渋谷 一郎				住所 東京都渋谷区恵比寿○-○-○						
	生年月日	昭和○○年 ○月 ○日										
	当該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	1 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						30 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		100 m <sup>2</sup>			病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連携先							
当該単位のサービスに印を付けてください												
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 国基準相当通所型サービス <input checked="" type="checkbox"/> 区独自基準通所型サービスA												
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積							30 人		100 m <sup>2</sup>			
単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)		1				2					
非常勤(人)		1			1	1			1	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		
主な揭示事項	定員	国基準		20 人			区独自基準		10 人		合計	30 人
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		12月31日から1月3日
	営業時間	平日	8:00		~	17:00		土曜	~		日曜・祝日	~
		サービス提供時間		9:00~16:30								
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額又は区が定めた額の1割か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又は区が定めた額								
	その他の費用	別途運営規程に定める										
通常の事業実施地域	① 渋谷区		②			③			④		⑤	
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 「主な揭示事項」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2(別紙)」に記載し、添付してください。
  - 4 従業員の員数については、総数を記載してください。