

付表6

通所介護事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	○×カイゴサービス																			
	名称	○×介護サービス																			
	所在地	(郵便番号540-××××) 大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル5階 (ビルの場合は、名称、部屋番号を記入)																			
	連絡先	電話番号	××-××××-××××				FAX番号	××-××××-××××													
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文						第 条第 項第 号															
管理者	フリガナ	○△ ×□		住所・連絡先	(郵便番号540-××××)																
	氏名	○△ ×□			大阪市中央区○○町一丁目○番○号																
	生年月日	昭和○○年○月○日生			電話番号	00-000-0000		FAX番号	00-000-0000												
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)																				
管理者	当該通所介護・介護予防通所介護事業所内での他の職務との兼務		職種	(兼務する場合のみ記入)																	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間		(訪問介護・介護予防訪問介護を兼務する場合) ①訪問介護 ②介護予防訪問介護 ①~②の管理者 月~金 (9:00~18:00) 8時間勤務/日																	
実施単位数	2 単位		同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限							30人											
単位ごとの状況			1 単位目	2 単位目	合計																
定員			15 人	15 人	30人																
食堂及び機能訓練室の合計面積			50 m ²	50 m ²	100 m ²																
一般型・療養型の別			一般型	一般型																	
単位別情報 (1 単位目)	※2単位目以降は、別紙に記載し、添付すること																				
	従業者	生活相談員	専従		兼務		看護師・准看護師		専従		兼務		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員		
			専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務
		常勤(人)		1				1		1				1							
	非常勤(人)		1				1		1				1								
	定員		15 人				食堂及び機能訓練室の合計面積				50 m ²										
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		12/30-1/3								
	営業時間		平日	9:00 ~ 18:00				土曜	9:00 ~ 18:00				日・祝	~							
	送迎を除くサービス提供時間		10:00 ~ 17:00 (7時間00分)				延長体制 9:00~10:00, 17:00~19:00														
	主な揭示事項	利用料		法定代理受領分 介護報酬告示上の額									法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額								
その他の費用		運営規程に定めるとおり																			
通常の事業実施地域		①大阪市○○区		②○○市			③○○市		④		⑤										
備考																					
協力医療機関 (療養型のみ)	名称					主な診療科名				運営規程の記載内容と一致させてください											
	名称					主な診療科名															
	名称					主な診療科名															

備考 1 2単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。
2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。