付表6―1

通所介護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (郵便番号　　　―　　)  　京都府　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | FAX番号 | |  | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | |  | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　―　　) | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務  (兼務の場合記入) | | | | | | | | 名称 | | | | |  | | | | | |
| 兼務する職種及び  勤務時間等 | | | | |  | | | | | |
| 実施単位数 | | | 単位 | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 単位別従業者の職種・員数 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 |
|  | | 常勤(人) | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | 非常勤(人) | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  |
| ＊ | | 基準上の必要人数 | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  |
| ＊ | | 適合の可否 | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | ＊基準上の必要数値 | | | | | | | ＊適合可否 |
|  | | | | | | m2 | | | | | | m2以上 | | | | | | |  |
| 主な掲示事項 | 利用定員 | | | | | 単位(①　　　　人　　②　　　　人　　③　　　　人) | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)   1. ：　～　：　)(②　：　～　：　)(③　：　～　：　) | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分(利用者負担分) | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別記のとおり | | | | | | | | | | | | | |

注１　＊の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

２　記入欄が不足する場合は、別に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。

３　「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

４　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してくだ

さい。

５　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する

従業者の員数との合計数を記載してください。

６　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部

分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業・施設の種類 | | 備考 |
| 通所介護 | 通所介護  （共生型） |
| 1 | 申請者の登記事項  証明書又は条例等 |  |  |  |
| 2 | 申請法人等の概要 |  |  |  |
| 3 | 経歴書(管理者等) |  |  |  |
| 4 | 従業者一覧表 |  |  |  |
| 5 | 従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し) |  |  |  |
| 6 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |
| 7 | 事業所の平面図(設備の概要を含む。) |  |  |  |
| 8 | 建築確認済証の写し |  |  |  |
| 9 | 運営規程 |  |  |  |
| 10 | 重要事項説明書 |  |  |  |
| 11 | 利用者からの苦情  を処理するために  講じる措置の概要 |  |  |  |
| 12 | サービス提供実施単位一覧表 |  |  |  |
| 13 | 既指定事業所の状況 |  |  |  |
| 14 | 誓約書 |  |  |  |

注１　書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

２　５について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

３　７について、当該事業所の所在地以外に当該申請に係る事業の一部を行う施設を有する場合は、当該施設についても併せて添付してください。

４　８について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。