

付表1 介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス）の指定に係る記載事項

事業所番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
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		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日			(有・無)		
	訪問介護員等との業務の有無					
	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			
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
従業者の職種・員数		訪問介護員等				
		専従	兼務			
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分				
		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		別添のとおり				

- 備考
- 1 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 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。
 - 3 「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。
 - 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、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の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2 介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の指定に係る記載事項

事業所番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
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	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務（兼務の場合のみ記入）	名称				
	兼務する職種 及び勤務時間等					
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）						
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	適合の可否	
				m ²	m ² 以上	
主な 揭示 事項	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 : ~ :)				
	利用定員	人（単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人）				
	利用料	法定代理受領分				
		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	別添のとおり					

- 備考
- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 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。
 - 3 「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。
 - 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には、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の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表3 介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービスC）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 -)			

連絡先	電話番号			FAX 番号	
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	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
実施プログラム		①			②
専門スタッフ	職種	①		②	
	従事するプログラム				
	専従・兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）				
	非常勤（人）				
	適合の可否				
通所型サービスCを提供する場所の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否	
			m ²	m ² 以上	
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用定員				
	利用料	法定代理受領分(1割または2割負担分)		円または 円	
		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	別添「指定申請に係る必要書類一覧」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式に記載した書類を添付してください。
- 2 「実施プログラム」欄には、実施するプログラムを全て記載してください。なお、運動器の機能向上プログラムは「運動」、栄養改善プログラムは「栄養」、口腔機能向上プログラムは「口腔」、認知症予防プログラムは「認知」と記載してください。
- 3 「専門スタッフ」欄は、職種及び当該職種の専門スタッフが従事するプログラムを記載するとともに、専従・兼務の別ごとに、常勤・非常勤の員数を記載してください。
- 4 「主な揭示事項」欄については、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。
- 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。