

付表 2

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	(〒 -)															
	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	(〒 -)										
	名前																
	生年月日																
	当該事業所で兼務する他の職種		(有・無)														
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称														
		兼務する職種及び勤務時間等															
実施単位数	単位	同時に通所型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							
従事者の職種・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						m ²											
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					介護報酬告示上の額又は市が定めた額の1割又は2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市が定めた額										
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、欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付すること。
2 「主な掲示事項」については、本欄の記入を省略し、別添として差し支えない。