

付表2

() 介護予防通所介護相当サービス
() 通所型サービスA

に係る記載事項

(表)

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)		-----										(フリガナ)		(郵便番号 -----)									
	氏 名												住 所											
	生年月日																							
	当該事業所で兼務する場合												兼務する職務											
同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合												事業所、施設等の名称												
												兼務する職務及び勤務時間等												
利用定員(同時に通所介護を受けることができる利用者数の上限)の合計										人														
実 施 単 位 数		単位																						
食堂及び機能訓練室の面積の合計 (通所型サービスAは記入不要)										㎡														
通所介護サービスAを他の施設等を借りて実施する場合										施設等の名称														
										施設等の住所														
単 位 別 (1単位目)	従 業 者	区 分	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)																						
		※基準上の必要人数 (人)																						
※適合の可否																								
単 位 別 (1単位目)	主 な 掲 示 事 項	食堂及び機能訓練室の面積			㎡			※基準上の必要面積			※適合の可否													
								㎡以上																
主 な 掲 示 事 項	利 用 定 員	利 用 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		～		日曜日・祝日		～										
			備考																					
		利 用 料	法定代理受領分			聖籠町が定める基準額の利用者負担分																		
			法定代理受領分以外			聖籠町が定める基準額																		
		そ の 他 の 費 用																						
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域	①				②				③				④			⑤								
	備考																							

注1 ※欄は記入しないこと。

(裏)

単位別 (2単位目)	従業者	区 分	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)										
		※基準上の必要人数 (人)										
	※適合の可否											
	食堂及び機能訓練室の面積	m ²		※基準上の必要面積				※適合の可否				
				m ² 以上								
	主な 揭示事項	利 用 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		～		日曜日・祝日	～
		備考										
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 事業の 実 施 地 域	①			②			③			④		⑤
	備考											

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の一部を行う施設の数		施設	
事業の 一部を 行う 施設	(フリガナ) 名 称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 —)	
		新潟県 市 郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備 考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。

付表2

指定を受けた
サービスに
○を付ける。

(○) 介護予防通所介護相当サービス
() 通所型サービスA

に係る記載事項

記入例

(表)

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 3 条 第 5 項 第 1 号													
管理者	(フリガナ)		セイロウ タロウ								(フリガナ)		郵便番号 000 - 0000) 〇〇マチオオアザ〇〇										
	氏 名		聖籠 太郎								住 所		〇〇町大字〇〇1234番地56										
	生年月日		昭和〇〇年〇〇月〇〇日																				
	当 該 事 業 所 で 兼 務 す る 場 合		兼 務 す る 職 務																				
同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合									事業所、施設等の名称				ヘルパーステーション〇〇										
									兼 務 す る 職 務 及 び 勤 務 時 間 等				管理者2時間										
利用定員(同時に通所介護を受けることができる利用者数の上限)の合計										15 人													
実 施 単 位 数		1		単位																			
食堂及び機能訓練室の面積の合計 (通所型サービスAは記入不要)										〇〇.〇〇 m ²													
通所介護サービスAを他の施設等を 借りて実施する場合										施設等の名称				〇〇〇〇									
										施設等の住所				〇〇町大字〇〇5555番地45									
従業者	区分	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)		2				1		3						1							
		非 常 勤 (人)						1				1				1							
	※基準上の必要人数 (人)																						
※適合の可否																							
単位別 (1単位目)	食堂及び機能訓練室の面積				〇〇.〇〇 m ²				※基準上の必要面積				※適合の可否										
									m ² 以上														
主な 揭示 事項	利 用 定 員		19		人																		
	営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝	そ の 他 年 間 の 休 日		年始年末(12/31～1/3)										
			休	〇	〇	〇	〇	〇	休	休			お盆(8/13～8/15)										
	営 業 時 間		平日		7:30 ～ 19:30				土曜		～		日曜日・祝日		～								
			備考		サービス提供時間 9:00～16:30 延長時間 7:30～9:00、16:30～19:30																		
	利 用 料		法 定 代 理 受 領 分				聖籠町が定める基準額の利用者負担分																
			法定代理受領分以外				聖籠町が定める基準額																
	そ の 他 の 費 用		食費000円、おむつ代実費、利用者の希望による日常生活費(身の回り品及び教養娯楽費)実費																				
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域		① 聖籠町				②				③				④				⑤					
		備考																					

注1 ※欄は記入しないこと。

(裏)

単位別 (2単位目)	従業者	区 分	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)								
		※基準上の必要人数 (人)								
		※適合の可否								
	主な 揭示事項	食堂及び機能訓練室の面積		㎡		※基準上の必要面積		※適合の可否		
						㎡以上				
		利 用 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	～		日曜日・祝日	～
		備考								
	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 の事業の 実施地域	①	②			③		④		⑤
		備考								

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の一部を行う施設の数		施設
事業の 一部を 行う 施設	(フリガナ) 名 称	
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 —) 新潟県 市 郡
	連絡先	電話番号 FAX番号
	備 考	

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。