付表９　地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | |
| email | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設事業所の種別、名称 | | | |  | | | | | | | | 事業所番号 | | | |  | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年 　月 　日 | | | | | |
| 当該地域密着型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 |  | | | | | | | 事業所番号 | | | |  | |
| 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) | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  |
| 基準上の必要人員(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 |
|  | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | | | | |  |
| 主な掲示事項 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添９のとおり | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「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　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。

　　　４　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。

　　　５　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。

別添９

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | 備考 |
| 地域密着型通所介護 |  |  |
| １ | 登記事項証明書又は条例等 |  |  |  |
| ２ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  | 参考様式１ |
| ３ | 事業所の平面図 |  |  | 参考様式３ |
| ４ | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  | 参考様式５ |
| ５ | 運営規程 |  |  |  |
| ６ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  | 参考様式７ |
| ７ | サービス提供実施単位一覧表 |  |  | 参考様式８ |
| ８ | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  |
| ９ | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  | 参考様式9-1 |
| 10 | 関係法令遵守誓約書 |  |  | 参考様式9-3 |
| 11 | 運営推進会議の構成員 |  |  | 参考様式11 |

備考　１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

２　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

３　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」

　を付してください。

　　　４　参考様式に定めがないものは、当該申請者において書類を添付してください。