付表３　介護予防通所緩和型サービス事業者の記載事項

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ファクシミリ番号 | 　 |
| 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 |  |
| 同一事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記載） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記載） | 事業所の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
| 実施単位数 | 単位 | 同時に介護予防通所緩和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　 |
| 単位別従業者 | 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合計面積 | ㎡ | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 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・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 |  |
| 通常の事業実施地域 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| 備考 |  |
| 添付書類 | 裏面のとおり |

（裏面）

備考

　１　「受付番号」欄，「基準上の必要人数（人）」欄及び「適合の可否」欄には記載しないでください。

　２　「営業日」欄には，該当する欄に○印を記入してください。

　３　「利用料」欄及び「その他の費用」欄は，別に資料を添付することにより，記載を省略することができます。

　４　申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は，２単位目以降に係る単位当たりの従業者，定員，営業日及び営業時間を別紙１に記載し，添付してください。

　５　申請に係る事業所の所在地以外の場所に当該事業の一部を実施する施設を有するときは，別紙２に必要な事項を記載し，添付してください。

　６　記載する欄が不足する場合は，適宜欄を設けて記載するか，又は別葉としてください。

添付書類

　１　申請者の定款，寄付行為等及びその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に関する書類

　３　事業所の管理者の経歴

　４　事業所の平面図（設備の概要を記載してください。）

　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に関する書類

　７　当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類

　８　誓約書

　９　役員の氏名，生年月日及び住所を記載した書類