様式第６号（第３条第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 付表２ | （〇）通所型サービス相当事業所 | の指定に係る記載事項　　指定を受ける事業に〇をしてください |
| （〇）通所型サービスＡ型事業所 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 | 　　○○○デイサービスセンター |
| 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　者管理者が他の事業所（例：訪問介護事業所）の他の職種と兼務する場合に記入 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | 職務 | 生活相談員 |
| サービス種別 | 通所介護、通所型サービス相当事業 |
| 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） | 事業所番号 |  |
| 名　称 |  |
| 兼務する職種 |  |
| 勤務時間等 | 一体的に提供をする場合は、Ａ型に必要人数を兼務で配置します |
| 単　位　１ | 　　 | 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 | 通所型サービスＡ型従業者 |
|  |  | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤（人） |  | １ |  |  | １ |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  | １ | １ |  |  | ３ |  | １ |  | ２ |
| 適合の可否 |  |  |  |  |  |
| 看護師を配置せず病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無 | 有　・　無 |  |
| 主な掲示事項相当とＡ型で提供曜日等が違う場合は、わかるように記載をお願いします。また、内容に変更がある場合は、マーカーでわかるように塗ってください。 | 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 | Ａ型：別区画、含めて管理、面積分拡大、外数管理 |
| 利用定員 | １８人　　 | （通所型サービスＡ型の定員　　　　　１８　　　人） |
| 営業日（◎Ａ型は月水のみ） | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間休日 |
|  | 〇◎ | 〇 | 〇◎一体的に提供する場合は、全体の利用者の合計の範囲内で運用が可能です。運用可能な範囲でＡ型の定員を定めてください。 | 〇 | 〇 |  |  |  |
| 営業時間 | 平　日\*\* |  | 土　曜 | \*\* \*\* | 日・祝日 | \* \*\* |
| サービス提供時間 | \*\* : \*\* ～ \*\* : \*\* |
| 備　考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 広域連合が定める基準額の利用者負担分（負担割合証の割合に準じる） |
| 法定代理受領分以外 | 広域連合が定める基準額Ａ型の提供方法、定員の管理方法等を、受付時に確認して、広域連合でで記入する欄です。 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業の実施地域 |  |
| 添　付　書　類 | 別添のとおり |

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」欄は記入しないでください。

備考　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。

備考　３　「主な掲示事項」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。

備考　４　従業者の員数については、総数を記載してください。

（裏面）

事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |  |
| --- | --- |
|  | （　　）通所型サービス相当事業所 |
| （　　）通所型サービスＡ型事業所該当する場合に記入（該当なければ記載なし） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 主な掲示事項 | 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 |  |
| 利用定員 | 人　　 | （通所型サービスＡ型の定員　　　　　　　　人） |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間休日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平　日**\*\*** |  | 土　曜 | **\*\* \*\*** | 日・祝日 | **\* \*\*** |
| サービス提供時間 | **\*\* : \*\* ～ \*\* : \*\*** |
| 備　考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 広域連合が定める基準額の利用者負担分（負担割合証の割合に準じる） |
| 法定代理受領分以外 | 広域連合が定める基準額 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業の実施地域 |  |
| 添　付　書　類 | 別添のとおり |

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　「主な掲示事項」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　従業者の員数については、総数を記載してください。