**付表2-1　認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　　－　　　　）  尼崎市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の実施形態 | | | □単独型　　　　　　□併設型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | |
| 当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | 事業所番号 | |  |
| 兼務する職種 及び勤務時間等 | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **人員に関する基準の確認に必要な事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **設備に関する基準の確認に必要な事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | 曜日～　　曜日  単位ごとの営業日  （①　　　～　　　、②　　　～　　　、③　　　～　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | 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 介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | 運営規程のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | 尼崎市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**付表2－1（別紙）　認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| ①単位 | 常勤（人） | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 単位ごとの営業日 | | 曜日～　　曜日 | | | | | | | |
| 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | | ：　～　： | | | | | | | |
| 単位ごとの定員 | | 人 | | | | | | | |
|  | | 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 | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| ②単位 | 常勤（人） | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 単位ごとの営業日 | | 曜日～　　曜日 | | | | | | | |
| 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | | ：　～　： | | | | | | | |
| 単位ごとの定員 | | 人 | | | | | | | |
|  | | 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 | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| ③単位 | 常勤（人） | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 単位ごとの営業日 | | 曜日～　　曜日 | | | | | | | |
| 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | | ：　～　： | | | | | | | |
| 単位ごとの定員 | | 人 | | | | | | | |

**（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　）  尼崎市 | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | FAX番号 |  |
| E-mail | |  | | | | |
| **設備に関する基準の確認に必要な事項** | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | ㎡ |  | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | 曜日～　　曜日  単位ごとの営業日  （①　　　～　　　、②　　　～　　　、③　　　～　　　） | | | | | |
| 営業時間 | | 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 介護報酬の告示上の額 | | | | | |
| 法定代理受領分以外 介護報酬の告示上の額 | | | | | |
| その他の費用 | | 運営規程のとおり | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | 尼崎市 | | | | | |

備考　1　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。

2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

3　当該事業を事業所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載して

ください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。