**付表6　通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・第一号通所事業の事業所の指定に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該通所介護事業所等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 |  |
| 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 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護等事業所と連携 |  | あり・なし |  |  |
|  | 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　曜日～　曜日、②　曜日～　曜日、③　曜日～　曜日） |
| 営業時間等 | 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/費用算定に関する基準要綱に定める額 |
| 法定代理受領分以外 介護報酬の告示上の額/費用算定に関する基準要綱に定める額 |
| その他の費用 | 運営規程のとおり |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

**付表6（別紙）　通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・第一号通所事業の事　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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護等事業所と連携 |  | あり・なし |  |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護等事業所と連携 |  | あり・なし |  |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護等事業所と連携 |  | あり・なし |  |  |
| 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 |

**（通所介護事業・地域密着型通所介護（療養通所介護）事業・第一号通所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 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該通所介護事業所等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 |  |
| 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 |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護等事業所と連携 |  | あり・なし |  |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護等事業所と連携 |  | あり・なし |  |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護等事業所と連携 |  | あり・なし |  |  |
| **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 | ㎡ |  |
| 掲示事項 | 営業日 | 　　曜日～　　曜日単位ごとの営業日（①　曜日～　曜日、②　曜日～　曜日、③　曜日～　曜日） |
| 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） |
| 添付書類 | 別添のとおり |

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。

4　利用料の法定代理受領分・法定代理受領分以外の欄は、「介護報酬の告示上の額」「費用算定に関する基準要

綱に定める額」のいずれか一方又は両方を○で囲んでください。