

付表2-1

通所型サービスの指定に係る記載事項

		受付番号									
事業所	フリガナ	ツウショカイゴ〇〇〇〇〇									
	名称	通所介護〇〇〇〇〇									
	所在地	(郵便番号 XXX - XXXX) 埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇									
	直通連絡先	直通電話番号	XX-XXXX-XXXX	FAX番号	XX-XXXX-XXXX						
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	XX	条	第	XX	項	第	XX	号	
管理者	フリガナ	ツウショ タロウ		(郵便番号 XXX - XXXX)							
	氏名	通所 太郎		住所 埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇							
	生年月日	昭和XX年XX月XX日									
	当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				生活相談員						
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)		事業所等名称		兼務する職種及び勤務時間等							
実施単位数	1	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限				XX	人				
単位別従業者	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)	1	1	1		4					
	非常勤(人)			1		1	1	1			
	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		XX.XX m ²		基準上の必要数値		m ² 以上		適合の可否			
定員		XX		人							
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の	年末年始: 12/28~1/3
		休	〇	〇	〇	〇	〇	〇	休	休日	
	営業時間	平日	8:00~		17:00	土曜	8:00~		17:00	日・祝	~
		備考	1単位目(8:00~12:00)								
利用料	法定代理受領分	越谷市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の額の1割又は2割									
	法定代理受領分以外	越谷市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の額									
その他の費用	運営規程に定めるとおり										
通常の事業実施地域	①	越谷市		②	総合事業みなし指定に係る更新 においては運営規程の提出不要						
備考											

備考

- 「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。
- 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。
- 「主な揭示事項」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。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表2-2」に記載し添付してください。
- 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表2-3」に必要事項を記載のうえ、添付してください。
- 当該通所型サービス以外のサービスを実施場合には、当該通所型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。