

付表2

第1号通所事業者(生活支援通所サービス)の指定に係る記載事項

《記載例》

付番号

※

事業所	フリガナ	キヨマルウルルンデイサービス											
	名称	きよ丸うるるんデイサービス											
	所在地	(郵便番号 452-8569)											
		愛知県清須市須ケ口1238番地 (ビルの名称等)											
	直通連絡先	直通電話番号	052-400-2911			FAX番号	052-400-2963						
e-mailアドレス	kiyomaruururun-day@〇〇〇.co.jp												
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 2 条 第 1 項 第 1 号								
管理者	フリガナ	キヨス タロウ			住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇)							
	氏名	清須 太郎				愛知県清須市〇〇〇〇1番地1							
	生年月日	昭和17年7月7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)												
	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		きよ丸うるるんヘルパーステーション								
		兼務する職種及び勤務時間等		管理者 8:30 ~ 17:30									
実施単位数		2 単位		同時に通所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				40 人					
当該事業と一体的に提供するサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 清須市地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> その他()				指定期間		平成26年4月1日～平成32年3月31日					
						定員		30 人					
単位別従業者	職種	生活相談員 (サービスAは配置不要)		看護職員 (サービスAは配置不要)		介護職員 (従事者)		機能訓練指導員 (サービスAは配置不要)		/			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)	1		1		3		1					
	非常勤(人)					2							
A. 実質的にサービス提供が可能なスペースの面積(食堂、機能訓練室等)		122.4 m ²		B. 一体的に提供する通所介護又は地域密着型通所介護を提供するために必要な面積(食堂及び機能訓練室)				90 m ²		左記A-B 32.4 m ²			
主な揭示事項	定員	10 人 (単位ごとの定員 ① 10人 ② 10人 ③ 人 ④ 人)											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の			
		休	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	休日			
	営業時間	平日	8:30	～	17:30	土曜	8:30	～	17:30	日・祝	8:30	～	17:30
		備考											
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	平日	9:00	～	12:15	土曜	9:00	～	12:15	日・祝	9:00	～	12:15
		分類	<input checked="" type="checkbox"/> 半日型		<input type="checkbox"/> 1日型		備考						
	利用料	法定代理受領分	清須市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定められた額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額										
法定代理受領分以外		清須市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定められた額											
その他の費用	運営規定のとおり												
通常の事業実施地域	清須市内												
	備考												
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 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、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、別紙に記載し添付してください。

《記載例》

付番号 ※

事業所	フリガナ	キヨマルウルルンデイサービス													
	名称	きよ丸うるるんデイサービス													
2単位	単位別従業者	職種	生活相談員 (サービスAは配置不要)			看護職員 (サービスAは配置不要)		介護職員 (従事者)		機能訓練指導員 (サービスAは配置不要)					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
		常勤(人)	□ 不一致の有無(名)			1	3		1						
	非常勤(人)				2										
	定員	10人													
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の					
		休	○	○	○	○	○	○	○	休日	1月1日~1月3日				
	サービス提供時間	平日	13:45 ~		17:00		土曜	13:45 ~		17:00		日・祝	13:45 ~		17:00
分類		<input checked="" type="checkbox"/> 半日型					<input type="checkbox"/> 1日型			備考					
単位	単位別従業者	職種	生活相談員 (サービスAは配置不要)			看護職員 (サービスAは配置不要)		介護職員 (従事者)		機能訓練指導員 (サービスAは配置不要)					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
		常勤(人)													
	非常勤(人)														
	定員	人													
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の					
										休日					
	サービス提供時間	平日	~				土曜	~				日・祝	~		
分類		<input type="checkbox"/> 半日型					<input type="checkbox"/> 1日型			備考					
単位	単位別従業者	職種	生活相談員 (サービスAは配置不要)			看護職員 (サービスAは配置不要)		介護職員 (従事者)		機能訓練指導員 (サービスAは配置不要)					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
		常勤(人)													
	非常勤(人)														
	定員	人													
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の					
										休日					
	サービス提供時間	平日	~				土曜	~				日・祝	~		
分類		<input type="checkbox"/> 半日型					<input type="checkbox"/> 1日型			備考					