**付表１-２　通所型サービス事業所の指定に係る記載事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | |
| Email | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定障害福祉サービス等の実施事業の種別（共生型サービスの指定の申請の場合のみ記入） | | | | | | |  | | | | | | | | | 指定障害福祉サービス等の事業所番号 | | | |  | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | |
| 当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | 事業所番号 | | | |  | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
| 適合の可否 | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**（通所型サービスを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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　　　県　　　郡市 | | | | | |
|  | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  |
| Email | |  | | | |
| 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 | |  |
| 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） | | | | |

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葉に記載した書類を添付してください。

３　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。

４　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

５　当該事業を事業所所在地以外の場所（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。

６　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。

（別添）

**付表１-２　通所型サービス事業所の指定に係る記載事項　添付資料**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 添付資料 | 参考様式 |
| １ | 登記事項証明書又は条例等 |  |
| ２ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | **参考様式１** |
| ３ | 平面図 | **参考様式３** |
| ４ | 設備・備品等一覧表 | **参考様式４** |
| ５ | 運営規程 |  |
| ６ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | **参考様式５** |
| ７ | 誓約書 | **参考様式６** |

**別紙**

**複数の単位を実施する地域密着型通所介護事業所の記載事項（２単位目以降）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位② | 単位当たりの従業者 |  | | | | | 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） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 非常勤（人） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 基準上の必要員数（人） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 適否 | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 定　　　　　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営　　業　　日 | | 日 | | 月 | 火 | | 水 | | 木 | 金 | | 土 | | 祝 | その他  年間の休日 | | |  | | |
|  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 営　業　時　間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位1 | 単位当たりの従業者 |  | | | | | 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） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 非常勤（人） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 基準上の必要員数（人） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 適否 | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 定　　　　　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営　　業　　日 | | 日 | | 月 | 火 | | 水 | | 木 | 金 | | 土 | | 祝 | その他  年間の休日 | | |  | | |
|  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 営　業　時　間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 単位1 | 単位当たりの従業者 |  | | | | | 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） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 非常勤（人） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 基準上の必要員数（人） | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 適否 | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 定　　　　　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営　　業　　日 | | 日 | | 月 | 火 | | 水 | | 木 | 金 | | 土 | | 祝 | その他  年間の休日 | | |  | | |
|  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 営　業　時　間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |