

付表 2

## 介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ																							
	名称																							
	所在地	(〒 - )																						
	連絡先	電話番号						FAX番号						E-mailアドレス										
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	条	第	項	第	号
管理者	フリガナ						住所	(〒 - )																
	名前																							
	生年月日																							
	当該事業所で兼務する他の職種	(有・無)																						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所等名称																						
	兼務する職種及び勤務時間等																							
実施単位数	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													人									
従事者の職種・員数(単位別)		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)																							
食堂及び機能訓練室の合計面積							m <sup>2</sup>																	
主な 掲 示 事 項	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	平日	～					土曜	～		日曜・祝日	～												
	サービス提供時間	平日	～					土曜	～		日曜・祝日	～												
	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額又は市が定めた額の1割又は2割(負担割合証の割合に準ずる)																	
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額又は市が定めた額																	
その他の費用																								
通常の事業 実施地域	①				②				③				④				⑤							
	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すること。  
2 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。