

受付番号	
------	--

様式第2号 付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所で提供するサービスにチェックを付けてください。

- 介護予防通所介護相当サービス(デイサービス)
 通所型サービスA(はつらつデイサービス)
 通所型サービスC(短期集中リハビリ教室)

事業所	ふりがな					
	名称					
	所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
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				
併設事業所の種別、名称				事業所番号		
管理者	ふりがな			住所	(〒 -)	
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	当該通所型サービス事業所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・人数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	医師	リハビリテーション専門職(PT・OT)
常勤(人)						
非常勤(人)						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室(サービス提供に必要なスペース)の合計面積		基準上の必要数値		適合の可否		
㎡		㎡以上				

主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日
	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) 時 分から 時 分まで (2) 時 分から 時 分まで (3) 時 分から 時 分まで
	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(1割/2割負担分)
		法定代理受領分以外
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	
添付書類	別添のとおり	

備考

- 1 「受付番号」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」の欄は、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合、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。
- 3 「主な掲示事項」の欄は記載を省略し、別添資料を添付しても差し支えない。
- 4 機能訓練指導員は、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すること。
(介護予防通所介護相当サービス(デイサービス)又は通所型サービスA(はつらつデイサービス)の場合のみ)
- 5 医師・リハビリテーション専門職は、通所型サービスCの場合のみ記載すること。
- 6 従業者の員数は、総数を記載すること。出張所等がある場合は、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載すること。
- 7 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かる料金表等を添付すること。