

付表2-2 通所型サービスAの指定に係る記載事項

・現在、指定を受けているサービスにチェック印を付けてください。

- 通所介護 介護予防通所介護相当サービス

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 -)												
	連絡先	電話番号							FAX番号					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)								
	氏名													
	生年月日	年	月	日										
	通所型サービスA事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				<input type="checkbox"/> 通所介護管理者 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス管理者 <input type="checkbox"/> その他()									
	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	単位	通所型サービスA等の通所事業所で同時に行う利用者の上限						人						
通所型サービスA等の通所事業所全体のサービス提供する場所の合計面積				m ²		病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連携先								
当該単位のサービスにチェック印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護・介護予防通所介護相当サービスと一体的に行なう <input type="checkbox"/> 通所型サービスA単位で行なう														
当該単位で同時に通所型サービスA等を行う利用者の数及びサービス提供する場所の面積						(うち、通所型サービスAの利用者数		人	m ²					
単位別従業者			生活相談員		看護職員		従事者		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)													
非常勤(人)											有・無			
主な揭示事項	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												
	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示上の額の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								
	その他の費用													
	通常の事業実施地域	①	②		③			④		⑤				
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 「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。
 - 3 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、「付表2-2(別紙)」に記載し、添付してください。
 - 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
 - 5 総合事業及び指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、そのサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。
 - 6 管理者が、通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの管理者を兼務していない場合は、管理者経歴書を記載し、添付してください。