

付表3 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所・通所型サービスの指定に係る記載事項

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			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )	
	氏名				
	生年月日				
	当該通所介護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 (兼務の場合のみ記入)	名称			
		兼務する職種 及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
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)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>		
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				

(地域密着型通所介護事業・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)

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			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>		
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	平面図				

- 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 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。
  - 3 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。
  - 4 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。

(別添)

付表3 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所・通所型サービスの指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	
2	事業所の位置図、平面図、施設の外観・内部写真	参考様式3
3	設備・備品等に係る一覧表	参考様式5
4	事業計画書(利用者の実績又は推計数がわかるもの)	(任意様式参考例あり)
5	運営規程、重要事項説明書、利用契約書、個人情報に関する同意書	
6	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要	参考様式6
7	サービス提供実施単位一覧表	参考様式7
8	生活相談員の経歴書	参考様式2
9	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
10	収支予算書	(任意様式参考例あり)
11	誓約書	参考様式8及び別紙① (必要に応じて別紙③)
12	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び状況一覧表	
13	介護支援専門員の氏名及び登録番号	参考様式10
14	非常災害対策に関する計画	
15	運営推進会議の構成員	参考様式11
16	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	
17	現に効力のある介護サービスの指定書の写し	
18	その他愛南町が必要として求めた資料	

※更新申請時に必要な書類や添付書類の詳細については、「指定申請に係る提出書類一覧」を確認すること

※地域密着型通所介護と通所型サービスの指定申請を同時に行う場合は、重複する書類は省略可