

地域密着型通所介護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)								
		(ビルの名称等)								
連絡先	電話番号				FAX番号					
	E-mail									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)					
	氏 名									
	生年月日									
	当該地域密着型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)									
	同一敷地内で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)		事業所等名称							
		兼務する職種及び勤務時間帯								
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		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤 (人)								
		非常勤 (人)								
		基準上の必要人数 (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		㎡以上		適合の可否		
主な揭示事項	営業日									
	営業時間									
	利用定員									
	利用料	法定代理受領分								
		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」「基準上の必要人数 (人)」「適合の可否」「基準上の必要数値」欄は、記入しないでください。
- 2 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
- 3 1単位のみ実施する場合は、付表9-2の提出は不要です。
- 4 複数の単位を実施する場合は、付表9-1と付表9-2を提出してください。
- 5 申請に係る事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、付表9-3に必要事項を記入してください。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けてから記載するか、別葉に記載した書類を添付してください。