## 付表２－２　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

| 受付番号 | |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名　　称 | | | | |
| | 所在地 | （郵便番号　　－　　）<br>県　　郡市 | | | |
| | 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 種別 | | 事業所番号 | |
| 名称 | | 開設年月日 | |
| 本体の事業所等の入居者を含めた利用者数 | 人 | 当該事業の利用定員 | 人 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | フリガナ | | 住所 | （郵便番号　　－　　） |
| | 氏　名 | | | |
| | 生年月日 | | | |
| | 当該認知症対応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 | 事業所番号 | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | |

| 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） | | | | | |
| 基準上の必要人員（人） | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | |

| | |
|---|---|
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ |

| | | |
|---|---|---|
| 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)<br>（①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） |
| | 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(一割負担分) |
| | | 法定代理受領分以外 |
| | 食事の提供に要する費用 | |
| | 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」「適合の可否」欄は記入しないでください。
2　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。
3　「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
4　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。
5　従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
6　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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ような料金表を提出してください。