

指定認知症対応型通所介護事業所・指定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（単独型・併設型）

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				F A X 番号			
		電子メールアドレス							
出張所等	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				F A X 番号			
		電子メールアドレス							
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文									
併設事業所	種 別				介護保険事業所番号				
	名 称				開 設 年 月 日				
管 理 者	フリガナ 氏 名				住 所				
	生年月日								
	当該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					
				介護保険事業所番号					
			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	
		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		※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 : ~ : 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							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の事業の実施地域									
運営推進会議の有無		有 ・ 無							

- 備 考
- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 - 2 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

指定認知症対応型通所介護事業所・指定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）

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			
出張所等	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文								
本体の 事業所等	種 別				介護保険事業所番号			
	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 氏 名				住 所			
	生年月日							
	当該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			
					介護保険事業所番号			
				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
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
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	※適合の可否	
						m ²	m ² 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 : ~ : 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						
		法定代理受領分以外						
	その他の費用							
通常の事業の実施地域								
運営推進会議の有無	有 ・ 無							

- 備 考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。