通所型サービス（現行相当・緩和した基準）に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

 |
| 事　業　所 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　)　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| E-mailアドレス |  |
| 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 |
| 管　理　者 | フリガナ | 　 | 住所 | (〒　　　－　　　　) |
| 氏　名 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | 　 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | 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 | 同時に通所（療養）介護，介護予防通所介護，介護予防通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |
| 単位別（単位目） |
| 従業者の職種・員数（単位別） | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 　　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 主 な 掲 示 事 項 | 利用定員 | 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 | 　 | ～ | 　 |
| 利 用 料 | 法定代理受領分 | 神山町が定める基準額の利用者負担分 |
| 法定代理受領分以外 | 神山町が定める基準額 |
| 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」欄には、記入しないでください。

　　 ２ 申請するサービスを〇で囲んでください

　　　３　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すること。

４　本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは，別様に必要事項を記載の上添付すること。

５ 「主な掲示事項」については，本欄の記載を省略し，別添として差し支えない。