

平成29年 3月27日  
平川市告示第29号

平川市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定等に関する要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業に係る第1号訪問事業及び第1号通所事業を行う者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第2条 法第115条の45の5第1項及び法第115条の45の6の規定による申請は、指定（更新）申請書（様式第1号）に別紙に掲げる書類その他市長が必要と認める書類を添付して行うものとする。ただし、市長が認めた者については、当該書類の全部又は一部を省略することができる。

2 市長は、前項の届出があった時は速やかに内容を審査し、平川市介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書（様式第2号）を交付する。

(指定の拒否)

第3条 指定事業者の指定については、この告示に規定した基準を満たした事業所であっても、当該事業所に係る指定事業者の指定を行うことにより、平川市介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画において見込んだ地域支援事業に係るサービス計画量を超過する場合や地域支援事業の円滑かつ適切な実施に際し支障が生じる場合においては、当該事業所に係る指定事業者の指定をしないことができる。

(指定の有効期間)

第4条 省令第140条の63の7の規定による指定事業者の指定の有効期間は、6年とする。

(変更の届出等)

第5条 指定事業者は、次に掲げる事項に変更があったときは、10日以内に、変更届出書（様式第3号）により、市長に届け出なければならない。

- (1) 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該申請に係る事業の一部を行う施設にあっては、当該施設を含む。）の名称及び所在地
- (2) 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月

日、住所及び職名

- (3) 事業所の登記事項証明書、条例等（総合事業に関するものに限る。）
- (4) 事業所の構造、設備（総合事業に関するものに限る。）
- (5) 事業所の管理者の氏名及び住所
- (6) 運営規程

2 指定事業者は、第1号事業を廃止、休止又は再開しようとするときは、その廃止、休止又は再開する日の1箇月前までに、廃止・休止・再開届出書（様式第4号）により、市長に届け出なければならない。

（指定事業者の基準）

第6条 介護予防・日常生活支援総合事業に係る第1号訪問事業及び第1号通所事業を行う指定事業者の基準は、平川市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営並びに介護予防・日常生活支援総合事業に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱（平川市告示第123号）に定める基準によるものとする。

（その他）

第7条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、平成29年4月1日から施行する。

（準備行為）

2 第2条の規定による届出については、この告示の施行日前においても、行うことができる。

附 則

この告示は、平成29年9月20日から施行する。

附 則

この告示は、平成30年3月30日から施行する。

附 則

この告示は、平成30年11月9日から施行する。

様式第1号 (第2条関係)

平川市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定 (更新) 申請書

年 月 日

平川市長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名



介護予防・日常生活支援総合事業所に係る指定第1号事業者の指定 (更新) を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名		生年月日
代表者の住所	(郵便番号 — )				
事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 — )			
行う事業の種類	介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業	実施事業	事業の開始予定年月日 (更新申請の場合は事業の開始年月日)	現に受けている指定の有効期間満了日	
	訪問介護相当サービス				
	訪問型サービスA				
	通所介護相当サービス				
	通所型サービスA				
介護保険事業所番号					
指定を受けている市町村名					

- 備考 1 「実施事業」欄は、今回申請する者に○を、既に指定を受けているものに◎を記載してください。  
2 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、指定申請の場合は、記載を要しません。

様式第2号（第2条関係）

平川市介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書

年 月 日

様

平川市長

年 月 日付で申請のあった介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定（更新）について、下記のとおり決定したので通知します。

種類	新 規 ・ 更 新
----	-----------

法人の名称	
代表者氏名	
事業所の名称	
事業所の所在地	
サービスの種類	
介護保険事業所番号	
指定年月日	
指定有効期間満了日	

# 変更届出書

年 月 日

平川市長 様

所在地

事業者 名称

代表者氏名



次のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

介護保険事業所番号																				
指定内容を変更した事業所	名 称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
変更があった事項										変 更 の 内 容										
1 事業所の名称										(変更前)										
2 事業所の所在地																				
3 申請者の名称																				
4 主たる事務所の所在地																				
5 代表者の氏名、住所及び職名																				
6 登記事項証明書又は条例等（総合事業に関するものに限る。）										(変更後)										
7 事業所の構造、設備（総合事業に関するものに限る。）																				
8 事業所の管理者の氏名及び住所																				
9 運営規程																				
変 更 年 月 日										年 月 日										

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第4号（第5条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

平川市長 様

所在地

事業者 名称

代表者氏名



次のとおり事業の廃止・休止・再開をしたので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
対象事業所	名称												
	所在地												
サービスの種類													
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日												
廃止・休止・再開した理由													
現にサービスを受けていた者に対する措置（廃止及び休止した場合のみ）													
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日												

## 指定申請（訪問介護相当サービス）に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称

番号	添付書類	備考
1	訪問介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項	付表 1-1
2	申請者の登記事項証明書又は条例等	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体系図、資格証の写し添付)	
4	サービス提供責任者の経歴 (資格証の写し添付)	
5	事業所の平面図	
6	運営規程 (重要事項説明書も添付)	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
8	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地	付表 1-2
9	介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項に該当しないことを誓約する書面	

備考 「受付番号」欄は、記入しないでください。

付表 1-1 訪問介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項

・訪問型サービスAの実施についてチェック印をつけてください。

実施  未実施

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					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏 名					住所						
	生年月日						訪問介護相当サービス事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合記入)	名称					兼務する職種 及び勤務時間等					
	事業開始時の利用者推定数 (人)											
サービス提供 責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏 名					住所						
	フリガナ						訪問介護員等					
	氏 名					専 従	兼 務					
従業者の職種・員数		常勤 (人)		非常勤 (人)		常勤換算後の人数 (人)						
主な 掲 示 事 項	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	~	
		備考										
	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	①	②		③		④		⑤				
	備考											
添付書類	別添のとおり											

- 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」及び「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 3 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様に記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
  - 4 総合事業及び指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、総合事業及び指定居宅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。

付表 1-2 訪問介護相当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の記載事項

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 ー )													
	連絡先	電話番号						FAX 番号							
主な 掲 示 事 項	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	~			
		備考													
	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	①				②				③			④			⑤
	備考														
添付書類	別添のとおり														

- 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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

## 指定申請（訪問型サービスA）に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称

番号	添付書類	備考
1	訪問型サービスA事業所の指定に係る記載事項	付表 2-1
2	申請者の登記事項証明書又は条例等	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体系図、資格証の写し添付)	
4	サービス提供責任者の経歴 (資格証の写し添付)	
5	事業所の平面図	
6	運営規程 (重要事項説明書も添付)	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
8	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地	付表 2-2
9	介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面	
10	既に指定を受けている第1号訪問事業の指定通知書の写し	平川市の訪問介護相当サービスの指定を既に受けている場合

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

備考 2 平川市の訪問介護相当サービスの指定を既に受けている事業所は、申請者の登記事項証明書又は条例等の提出を省略することができます。

付表 2-1 訪問型サービスA事業所の指定に係る記載事項

・現在、指定を受けているサービスにチェック印を付けてください。

【  指定訪問介護       訪問介護相当サービス      】

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					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号      -      )					
	氏 名											
	生年月日											
	訪問介護・訪問介護相当サービスの管理者との兼務の有無						有 ・ 無					
	訪問介護員等との兼務の有無						有 ・ 無					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)		名称									
			兼務する職種 及び勤務時間等									
事業開始時の利用者推定数 (人)												
サービス提供 責任者	訪問介護・訪問介護相当サービスのサービス提供責任者との兼務の有無						有 ・ 無					
	フリガナ					住所	(郵便番号      -      )					
	氏 名											
	訪問介護・訪問介護相当サービスのサービス提供責任者との兼務の有無						有 ・ 無					
フリガナ					住所	(郵便番号      -      )						
氏 名												
従業者の職種・員数		訪問介護員・従事者等										
		専 従					兼 務					
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)												
主な 揭示 事項	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	~
		備考										
	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	①			②			③			④		⑤
	備考											
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 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。
  - 「管理者の兼務」及び「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
  - 総合事業及び指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、総合事業及び指定居宅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。
  - 既に第1号訪問事業の指定を受けている場合であって、サービス提供責任者を、訪問介護・訪問介護相当サービスとは別に置く場合には、サービス提供責任者経歴書を記載し、添付してください。

付表 2-2 訪問型サービス A を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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							
	Email														
主な 掲 示 事 項	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	~			
		備考													
	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	①				②				③			④			⑤
	備考														
添付書類	別添のとおり														

- 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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

受付番号

## 指定申請（通所介護相当サービス）に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称

番号	添付書類	備考
1	通所介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項	付表 3-1
2	申請者の登記事項証明書又は条例等	
3	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 （組織体系図、資格証の写し添付）	
4	生活相談員の経歴（資格証の写し添付）	
5	事業所の平面図	
6	設備及び備品の概要	
7	運営規程（重要事項説明書も添付）	
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
9	サービス提供実施単位一覧表	
10	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地	付表 3-2
11	介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面	

備考 「受付番号」欄は、記入しないでください。

付表 3-1 通所介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項

・通所型サービスAの実施についてチェック印をつけてください。

実施  未実施

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				Email		
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 - )								
	氏名												
	生年月日												
	通所介護相当サービス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						
実施単位数			単位		通所事業所で同時にサービス提供を受けることができる利用者の上限							人	
通所介護相当サービス等の通所事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積					m <sup>2</sup>		有・無 (連絡先)						
当該単位で同時に通所介護・通所介護相当サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積					人				m <sup>2</sup>				
単位別従業者	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	常勤(人)												
非常勤(人)										有・無			
主な揭示事項	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	～
			送迎を除くサービス提供時間				～						
			備考										
	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		①		②		③		④		⑤			
		備考											
添付書類		別添のとおり											

- 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」及び「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 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 総合事業及び指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、総合事業及び指定居宅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。

付表 3-1 (別紙) 通所介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項 (2 単位目以降)

事業所	フリガナ																			
	名称																			
2 単位目	当該単位で同時に通所介護・通所介護相当サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人				m <sup>2</sup>				
	単位別従業員	従業員の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無								
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
		常勤(人)																		
	非常勤(人)										有・無									
	主な揭示事項	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		～						
				送迎を除くサービス提供時間				～												
				備考																
3 単位目	当該単位で同時に通所介護・通所介護相当サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人				m <sup>2</sup>				
	単位別従業員	従業員の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無								
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
		常勤(人)																		
	非常勤(人)										有・無									
	主な揭示事項	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		～						
				送迎を除くサービス提供時間				～												
				備考																
4 単位目	当該単位で同時に通所介護・通所介護相当サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人				m <sup>2</sup>				
	単位別従業員	従業員の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無								
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
		常勤(人)																		
	非常勤(人)										有・無									
	主な揭示事項	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		～						
				送迎を除くサービス提供時間				～												
				備考																

付表 3-2 通所介護相当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の記載事項

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							
	Email														
実施単位数		単位	通所事業所で同時にサービス提供を受けることができる利用者の上限										人		
通所介護相当サービス等の通所事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		m <sup>2</sup>					病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携						有・無 (連絡先 )		
当該単位で同時に通所介護・通所介護相当サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積		人										m <sup>2</sup>			
単位別従業者	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	常勤(人)														
	非常勤(人)										有・無				
主な揭示事項	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	~			
		送迎を除くサービス提供時間					~								
		備考													
	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	①	②			③			④			⑤				
	備考														
添付書類	別添のとおり														

- 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 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 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 総合事業及び指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、総合事業及び指定居宅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。

受付番号

## 指定申請（通所型サービスA）に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称

番号	添 付 書 類	備 考
1	通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項	付表 4-1
2	申請者の登記事項証明書又は条例等	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体系図、資格証の写し添付)	
4	事業所の平面図	
5	設備及び備品の概要	
6	運営規程（重要事項説明書も添付）	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
8	サービス提供実施単位一覧表	
9	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地	付表 4-2
10	介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面	
11	既に指定を受けている第1号通所事業の指定通知書の写し	平川市の通所介護相当サービスの指定を既に受けている場合

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

備考 2 平川市の通所介護相当サービスの指定を既に受けている事業所は、申請者の登記事項証明書又は条例等の提出を省略することができます。

付表 4-1 通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項

・現在、指定を受けているサービスにチェック印をつけてください。

【  指定通所介護       通所介護相当サービス      】

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				Email			
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号      -      )									
	氏 名													
	生年月日													
	通所型サービスA事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				<input type="checkbox"/> 指定通所介護管理者 <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス管理者 <input type="checkbox"/> その他従業者等(      )									
	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											
実施単位数			単位		通所事業所で同時にサービス提供を受けることができる利用者の上限								人	
通所型サービスA等の通所事業所全体のサービス提供する場所の合計面積			m <sup>2</sup>		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携								有・無 (連絡先      )	
当該単位のサービスにチェック印をつけてください。														
<input type="checkbox"/> 通所介護・通所介護相当サービスと一体的に行う <input type="checkbox"/> 通所型サービスA単位で行う														
当該単位で同時に通所型サービスを行う利用者の数及びサービス提供する場所の面積				(うち、通所型サービスAの利用者数				人		m <sup>2</sup>				
単別従業者	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員・従事者		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)													
非常勤(人)										有・無				
主な揭示事項	定員		通所介護・通所介護相当サービス						人		通所型サービスA			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	～	
			送迎を除くサービス提供時間				～							
			備考											
	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		①			②			③			④		⑤	
		備考												
添付書類		別添のとおり												

- 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」及び「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 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 総合事業及び指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、総合事業及び指定居宅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。

付表 4-1 (別紙) 通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項 (2単位目以降)

事業所	フリガナ																				
	名称																				
2 単位目	当該単位のサービスにチェック印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護・通所介護相当サービスと一体的に行う <input type="checkbox"/> 通所型サービスA単位で行う																				
	当該単位で同時に通所型サービスA等を行う利用者の数及びサービス提供する場所の面積											(うち、通所型サービスAの利用者数				人	人	m <sup>2</sup>			
	単位別従業者	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員・従事者		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
		常勤(人)									非常勤(人)										有・無
	主な揭示事項	定員	通所介護・通所介護相当サービス											人	通所型サービスA				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		～						
			送迎を除くサービス提供時間				～														
	備考																				
3 単位目	当該単位のサービスにチェック印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護・通所介護相当サービスと一体的に行う <input type="checkbox"/> 通所型サービスA単位で行う																				
	当該単位で同時に通所型サービスA等を行う利用者の数及びサービス提供する場所の面積											(うち、通所型サービスAの利用者数				人	人	m <sup>2</sup>			
	単位別従業者	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員・従事者		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
		常勤(人)									非常勤(人)										有・無
	主な揭示事項	定員	通所介護・通所介護相当サービス											人	通所型サービスA				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		～						
			送迎を除くサービス提供時間				～														
	備考																				
4 単位目	当該単位のサービスにチェック印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護・通所介護相当サービスと一体的に行う <input type="checkbox"/> 通所型サービスA単位で行う																				
	当該単位で同時に通所型サービスA等を行う利用者の数及びサービス提供する場所の面積											(うち、通所型サービスAの利用者数				人	人	m <sup>2</sup>			
	単位別従業者	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員・従事者		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
		常勤(人)									非常勤(人)										有・無
	主な揭示事項	定員	通所介護・通所介護相当サービス											人	通所型サービスA				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		～						
			送迎を除くサービス提供時間				～														
	備考																				

付表 4-2 通所型サービス A を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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							
	Email														
実施単位数		単位	通所事業所で同時にサービス提供を受けることができる利用者の上限										人		
通所型サービス A 等の通所事業所全体のサービス提供する場所の合計面積		m <sup>2</sup>		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携有・無 (連絡先 )											
当該単位のサービスにチェック印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護・通所介護相当サービスと一体的に行う <input type="checkbox"/> 通所型サービス A 単位で行う															
当該単位で同時に通所型サービスを行う利用者の数及びサービス提供する場所の面積				(うち、通所型サービス A の利用者数						人	m <sup>2</sup>				
単位別従業者	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員・従事者		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	常勤(人)									有・無					
	非常勤(人)														
主な揭示事項	定員	通所介護・通所介護相当サービス						人	通所型サービス A						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		～		
		送迎を除くサービス提供時間				～									
		備考													
	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	①			②			③			④			⑤		
	備考														
添付書類	別添のとおり														

- 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 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 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 総合事業及び指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、総合事業及び指定居宅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。