

## 指定通所介護事業所の指定に係る記載事項

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					
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										
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		
						m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上		
主な 揭示 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										

- 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。

共生型居宅サービスに係る指定通所介護事業所の指定に係る記載事項  
指定生活介護事業者用

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			
		電子メールアドレス						
障害福祉サービス事業所番号								
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								
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					
サービス管理責任者	氏名				生年月日			
	住所							
利用者数（推定数）	人							
従業者の職種・員数	医師		看護職員		理学療法士		作業療法士	
	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								
	生活支援員		サービス管理責任者		機能訓練指導員		その他の従業者	
	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								
障害支援区分の平均値（従たる事業所を含む）	サービス単位		4未満		4以上5未満		5以上	
	サービス単位①							
	サービス単位②							
	サービス単位③							
主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日 ① ② ③						
	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）						
	多機能型実施の有無	有・無						
	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							
	その他参考となる事項	第三者評価の実施有無			有・無			
		苦情解決措置の概要	窓口（連絡先）		担当者			
その他								
協力医療機関	名称				診療科			
一体的に管理運営を行う他の事業所								

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。

共生型居宅サービスに係る指定通所介護事業所の指定に係る記載事項  
 指定自立訓練（機能訓練）事業者用

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					
		電子メールアドレス								
障害福祉サービス事業所番号										
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										
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							
サービス管理責任者	氏名				生年月日					
	住所									
利用者数（推定数）	人									
訪問事業実施の有無	有・無									
主な 掲 示 事 項	従業者の職種・員数	看護職員		理学療法士		作業療法士		生活支援員		
		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									
			サービス管理責任者		訪問支援員		機能訓練指導員		その他の従業者	
			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									
	営業日	単位ごとの営業日 ① ② ③								
	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									
多機能型実施の有無	有・無									
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										
その他参考となる事項	第三者評価の実施有無			有・無						
	苦情解決措置の概要	窓口（連絡先）		担当者						
	その他									
協力医療機関	名称			診療科						
一体的に管理運営を行う他の事業所										

- 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。

共生型居宅サービスに係る指定通所介護事業所の指定に係る記載事項  
 指定自立訓練（生活訓練）事業者用

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			
		電子メールアドレス						
	障害福祉サービス事業所番号							
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								
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				
サービス管理責任者	氏名				生年月日			
	住所							
利用者数（推定数）	人							
訪問事業実施の有無	有・無							
従業員の職種・員数	看護職員		地域移行支援員		サービス管理責任者		生活支援員	
	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							
	訪問支援員		その他の従業者					
	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							
	居室（宿泊型実施の場合）	1室の最大定員				人		
		入所者1人当たりの最小床面積				㎡		
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日 ① ② ③						
	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						
	多機能型実施の有無	有・無						
	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							
	その他参考となる事項	第三者評価の実施有無			有・無			
		苦情解決措置の概要	窓口（連絡先）		担当者			
	その他							
協力医療機関	名称				診療科			
一体的に管理運営を行う他の事業所								

- 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、「従業員の職種及び員数」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。

共生型居宅サービスに係る指定通所介護事業所の指定に係る記載事項  
指定児童発達支援事業者用

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			
		電子メールアドレス						
	障害福祉サービス事業所番号							
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								
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				
児童発達支援管理責任者	氏名				生年月日			
	住所							
利用者数(推定数)	人							
訪問事業実施の有無	有・無							
従業者の職種・員数	指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員	
	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							
	嘱託医		看護師		児童指導員		/	
	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							
	営業日	単位ごとの営業日 ① ② ③						
	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)							
多機能型実施の有無	有・無							
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								
送迎サービス	有・無							
通常の事業の実施地域								
その他参考となる事項	第三者評価の実施有無			有・無				
	苦情解決措置の概要	窓口(連絡先)		担当者				
	その他							
協力医療機関	名称				診療科			
従たる事業所の設置の有無	有・無							
一体的に管理運営を行う他の事業所								

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。

共生型居宅サービスに係る指定通所介護事業所の指定に係る記載事項  
指定放課後等デイサービス事業者用

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								
		電子メールアドレス											
	障害福祉サービス事業所番号												
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													
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										
児童発達支援管理責任者	氏 名			生 年 月 日									
	住 所												
利用者数（推定数）	人												
訪問事業実施の有無	有 ・ 無												
従業者の職種・員数	児童指導員 保育士		障害福祉サービス 経験者		児童発達支援 管理責任者		機能訓練担当職員						
	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													
主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日 ①		②		③							
	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）											
	多機能型実施の有無	有 ・ 無											
	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												
	送迎サービス	有 ・ 無											
	通常の事業の実施地域												
その他参考となる事項	第三者評価の実施有無			有 ・ 無									
	苦情解決措置の概要		窓口（連絡先）		担当者								
	その他												
協力医療機関	名 称					診療科							
従たる事業所の設置の有無	有 ・ 無												
一体的に管理運営を行う他の事業所													

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。