

## 指定地域密着型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			F A X 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			F A X 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										
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。

## 指定療養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		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						
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		看護職員		介護職員		
		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						
専用の部屋の面積				※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					
	営業時間					
	利用定員	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						
緊急時対応 医療機関	名 称			主な診療科名		
	所在地					
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 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地域密着型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地域密着型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地域密着型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									
主 な 掲 示 事 項	従業者の職種・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				㎡			
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地域密着型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							
従業員の職種・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地域密着型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	:	~	:
	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。