付表23-1　認知症対応型通所介護事業所・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）

受付番号	

事業所	フリガナ 名　称				
	所　在　地	（郵便番号　　－　　） （ビルの名称等）			
	連　絡　先	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス				※必須
併設事業所の種別、名称				事業所番号	

管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	生年月日			
	当該認知症対応型通所介護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		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	
	サービス提供時間	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
	食事の提供に要する費用	
	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」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記入しないでください。
２　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葉に記載した書類を添付してください。
３　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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わかるような料金表を提出してください。
４　今後、介護保険に関する本市からのお知らせ通知については、電子メールのみにすることを想定しているため、「メールアドレス」は必ず記載してください。