

付表6-2 共生型(地域密着型)通所介護事業所の指定に係る記載事項

		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				
同一事業所内での障がい福祉サービス事業実施有無 (共生型サービスの指定を受ける(受けている)場合のみ記載)	実施事業	事業所名	事業所番号	指定年月日			
	生活介護						
	自立訓練						
	児童発達支援						
	放課後等デイサービス						
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)				
	氏名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する職種(兼務の場合のみ記入)						
	同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称					
		兼務する職種・勤務時間帯					
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
		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			m ²	基準上必要な面積	m ² 以上	適合の可否	
主な揭示事項	営業日	(単位ごとの営業日)					
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	①単位目	②単位目	③単位目			
		(: ~ :)	(: ~ :)	(: ~ :)			
	利用定員	人(単位ごと ① 人、② 人、③ 人)					
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額			
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額			
	その他の費用	運営規程のとおり					
通常の事業の実施地域							
添付書類	別添のとおり						

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要な面積」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 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 メールアドレスは必ず記載してください。