

地域密着型通所介護に係る記載事項

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 ○ 条 第 △ 項 第 × 号									
管理者	(フリガナ)		フクシ タロウ					(フリガナ)		(郵便番号 950 - 8570) ニイガタシチュウオウクシンコウチョウ									
	氏 名		福祉 太郎					住 所		新潟市中央区新光町○○番地△△									
	生年月日		昭和○○年△△月××日					兼務する職務		介護職員									
	当該事業所で兼務する場合							事業所、施設等の名称		○○△△ショートステイ									
同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合	兼務する職務及び勤務時間等							管理者		2時間									
	障害福祉等の指定の有無 (該当の指定に○を付すこと)		<input checked="" type="checkbox"/> 指定生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 指定自立訓練(生活訓練)事業者 <input type="checkbox"/> 指定放課後等デイサービス事業者					<input type="checkbox"/> 指定自立訓練(機能訓練)事業者 <input type="checkbox"/> 指定児童発達支援事業者 <input type="checkbox"/> なし											
利用定員(同時に通所介護を受けることができる利用者数の上限)の合計										15 人									
実施単位数		1 単位																	
食堂及び機能訓練室の面積の合計			75.45 m <sup>2</sup>																
単 位 別 ( 1 単 位 目 )	従業者	区 分		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	専従	兼務						
		常 勤 (人)		1	1		1	2	1				1						
		非 常 勤 (人)					1	1					1						
	※基準上の必要人数 (人)																		
※適合の可否																			
食堂及び機能訓練室の面積			75.45 m <sup>2</sup>					※基準上の必要面積			※適合の可否								
								m <sup>2</sup> 以上											
利 用 定 員		15 人																	
営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その 他 年 間		年末年始(12/31~1/3)							
		休	○	○	○	○	○	休	休	の 休 日		お盆(8/13~8/15)							
営 業 時 間		平日		9:00 ~ 18:30			土曜		~		日曜日・祝日		~						
		備考		サービス提供時間9:00~16:30、延長時間16:30~18:30															
利 用 料		法定代理受領分		厚生労働大臣が定める告示上の基準額の利用者負担分															
		法定代理受領分以外		厚生労働大臣が定める告示上の基準額															
その 他 の 費 用		食費500円、おむつ代実費、延長利用料500円(30分)、利用者の希望による日常生活費実費																	
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域		① 新潟市中央区		② 新潟市東区		③ 新潟市西区		④		⑤									
		備考		新潟市西区については、「小針・小新圏域」に限る。															
運 営 推 進 会 議 の 有 無		有																	

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

区分	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					
従業者	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	※基準上の必要人数(人)												
	※適合の可否												
単位別(単位目)	食堂及び機能訓練室の面積		㎡		※基準上の必要面積		※適合の可否						
					㎡以上								
主な揭示事項	利用定員	人											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間日	の	休	日
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜日・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												
通常の事業の実施地域	①	②		③		④		⑤					
	備考												
運営推進会議の有無	有・無												

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の一部を行う施設の数	施設	
事業の一部を行う施設	(フリガナ) 名称	
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡
	連絡先	電話番号 FAX番号
	備考	

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。