

付表6-1 通所介護・第一号通所事業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	()												
	連絡先	TEL番号					FAX番号				メールアドレス			
登記事項全部証明書目的における当該事業の実施に関する番号														
事業の種別 (チェックを記入)		<input type="checkbox"/> 通所介護・介護予防通所型サービス		<input type="checkbox"/> 介護予防運動機能向上サービス		<input type="checkbox"/> 介護予防ミニデイサービス								
管理者	フリガナ													
	氏名													
	生年月日													
	当該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												
		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	専従	兼務			
常勤(人)														
非常勤(人)														
基準上の必要人数														
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 ²					m ² 以上									
主な 掲示 事項	営業日(単位ごと)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考				
	営業時間													
	送迎時間を除く 1単位目のサービス提供時間													
	利用定員(1単位目)	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様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 5 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 6 当該指定居宅サービス等以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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分かるような料金表を提出してください。
- 7 2単位目以降のサービス提供時間については「別紙付表6-2 通所介護・第一号通所事業の指定に係る記載事項(2単位目以降)」へ記入してください。

付表6-2 通所介護・第一号通所事業の指定に係る記載事項(2単位目以降)

受付番号

事業所	フリガナ	
	名称	

2 単位目	単位別従業者		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)										
		適合可否										
	主な 掲示 事項	定員	人								備考	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	サービス 提供時間											
	備考											
3 単位目	単位別従業者		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)										
		適合可否										
	主な 掲示 事項	定員	人								備考	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	サービス 提供時間											
	備考											
4 単位目	単位別従業者		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)										
		適合可否										
	主な 掲示 事項	定員	人								備考	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	サービス 提供時間											
	備考											

付表資料2

◆通所介護の人員配置基準を満たすために必要となる介護職員等の勤務時間数の具体例(単位ごと)

別表2

		平均提供時間数						
		3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
利用者	5人	3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
	10人	3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
	15人	3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
	16人	3.6時間	4.8時間	6.0時間	7.2時間	8.4時間	9.6時間	10.8時間
	17人	4.2時間	5.6時間	7.0時間	8.4時間	9.8時間	11.2時間	12.6時間
	18人	4.8時間	6.4時間	8.0時間	9.6時間	11.2時間	12.8時間	14.4時間
	19人	5.4時間	7.2時間	9.0時間	10.8時間	12.6時間	14.4時間	16.2時間
	20人	6.0時間	8.0時間	10.0時間	12.0時間	14.0時間	16.0時間	18.0時間