

指定認知症対応型通所介護事業所・指定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）

事業所	フリガナ	●●●●デイサービスセンター						
	名称	●●●●デイサービスセンター						
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●						
連絡先	電話番号	●●●-●●●-●●●●	FAX番号	●●●-●●●-●●●●				
	電子メールアドレス	●●●●@●●●●.●●.●●						
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							
				第●●条第●●項				
併設事業所	種別				介護保険事業所番号			
	名称				開設年月日			
管理者	フリガナ	●●●● ●●●			住所	浜松市●●区●●●-●●		
	氏名	●● ●●						
	生年月日	●●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）			
					介護職員			
	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 ●曜日～●曜日						
	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	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額					
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額					
	その他の費用	昼食●●●円、おやつ●●●円、教養娯楽費実費、通常の事業の実施地域を超えた場所から事業所までに要した距離片道●●円/km、キャン						
	通常の事業の実施地域	浜松市●●区、●●区、●●区						
運営推進会議の有無	有 ・ 無							

地区名、町名などを記入。  
（客観的にその区域が特定されるもの）  
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
  - 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。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

指定認知症対応型通所介護事業所・指定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（共用型）

事業所	フリガナ	●●●●デイサービスセンター							
	名称	●●●●デイサービスセンター							
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●区●●町●●●●-●●							
連絡先	電話番号	●●●-●●●-●●●●	FAX番号	●●●-●●●-●●●●					
	電子メールアドレス	●●●●@●●●●.●●.●●							
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								
本体の事業所等	種別	認知症対応型共同生活介護			介護保険事業所番号	22●●●●●●●●			
	名称	●●●●グループホーム			開設年月日	●●年●●月●●日			
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数				●●人		当該事業の利用定員		●人	
管理者	フリガナ	●●●●●●●●			住所	浜松市●区●●●-●●			
	氏名	●●●●							
	生年月日	●●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）				介護職員				
					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 ●曜日～●曜日							
	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				介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額			
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額			
	その他の費用	昼食●●●円、おやつ●●●円、教養娯楽費実費、通常の事業の実施地域を超えた場所から事業所までに要した距離片道●●円/km、キャン							
通常の事業の実施地域	浜松市●区、●区、●区				地区名、町名などを記入。 (客観的にその区域が特定されるもの) ※事業所から●●分以内などの記載は×				
運営推進会議の有無	(有) ・ 無								

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
  - 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。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。