

付表17-3

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を  
事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項(単独型・併設型)

|                |                               |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|----------------|-------------------------------|-------------------|---|------|---------------------------------------|------|-------|---------|---|---|--|
| 事業所            | フリガナ                          |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 名称                            |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
| 事業の一部を実施する事業所  | フリガナ                          |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 名称                            |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 所在地                           | (〒 - )<br>広島県 福山市 |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 連絡先                           | 電話番号              |   |      |                                       |      | FAX番号 |         |   |   |  |
|                |                               | E-mailアドレス        |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 利用定員                          | 人                 |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 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 |   | / |  |
|                | 常勤(人)                         |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 非常勤(人)                        |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 営業日                           | 日                 | 月 | 火    | 水                                     | 木    | 金     | 土       | 祝 |   |  |
|                |                               |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
|                | 営業時間                          | 平日                | ～ |      | 土曜                                    | ～    |       | 日曜・祝日   |   | ～ |  |
|                | サービス提供時間(送迎時間を除く。)            | 平日                | ～ |      | 土曜                                    | ～    |       | 日曜・祝日   |   | ～ |  |
| 利用料            | 法定代理受領分                       |                   |   |      | 介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割<br>(負担割合証の割合に準ずる) |      |       |         |   |   |  |
|                | 法定代理受領分以外                     |                   |   |      | 介護報酬告示上の額                             |      |       |         |   |   |  |
| その他の費用         |                               |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ (※認知症対応型通所介護の用に専ら供する面積を記入。) |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
| 通常の事業実施地域      | (福山市日常生活圏域)                   |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |
| 添付書類           | 別添のとおり                        |                   |   |      |                                       |      |       |         |   |   |  |

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記入するか、別の用紙に記載した書類を添付すること。  
2 「通常の事業実施地域」は、事業所の所在する日常生活圏域を設定すること。また、日常生活圏域以外を通常の事業実施地域とする場合は、その旨も記入すること。