

地域密着型通所介護・療養通所介護・介護予防相当通所事業
・基準緩和型通所事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ																								
	名称																								
	所在地	(〒 -) 広島県 福山市																							
	連絡先	電話番号						FAX番号						E-mailアドレス											
管理者	フリガナ											住所	(〒 -)												
	名前																								
	生年月日																								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)																								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)					事業所等名称																			
					兼務する職種及び勤務時間等																				
【地域密着型通所介護・療養通所介護・介護予防相当通所事業】										【基準緩和型通所事業】															
実施単位数					単位					実施単位数					単位										
同時に地域密着型通所介護・療養通所介護・介護予防相当通所事業の提供を受けることができる利用者の数の上限										人					基準緩和型通所事業の提供を受けることができる利用者の数の上限					人					
従業者の職種・員数(単位別)	生活相談員	専従	兼務	看護職員	専従	兼務	介護職員	専従	兼務	機能訓練指導員	専従	兼務	従業者の職種・員数(単位別)	介護職員											
														専従	兼務										
	常勤(人)												常勤(人)												
	非常勤(人)												非常勤(人)												
食堂及び機能訓練室の合計面積										m ²															
主な揭示事項	定員	人										定員	人												
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	日	月	火	水	木	金	土	祝								
	その他年間の休日																								
	営業時間	平日						～						平日						～					
		土曜						～						土曜						～					
		日曜・祝日						～						日曜・祝日						～					
	サービス提供時間	平日						～						平日						～					
		土曜						～						土曜						～					
		日曜・祝日						～						日曜・祝日						～					
利用料	介護	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(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																		
	緩和型	法定代理受領分					福山市長の定める額の1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)																		
		法定代理受領分以外					福山市長の定める額																		
その他の費用																									
通常の事業実施地域	①	②				③				④				⑤				⑥							
	備考																								
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、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 2 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、付表6-1(別紙)に記載し添付すること。
 3 本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、付表6-2に必要事項を記載の上、添付すること。
 4 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。