

付表17-1

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の指定に係る記載事項
(単独型・併設型)

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								
併設事業所の①種別②名称③介護保険事業所番号		①	②			③		
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)			
	名前							
	生年月日							
	当該認知症対応型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)							
者	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)	事業所の名称				介護保険事業所番号		
		兼務する職種						
		勤務時間	: ~ :					
単位①	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				その他年間の休日			
	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	~	
単位②	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				その他年間の休日			
	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	~	
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)						
主な揭示事項	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(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							
	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、欄を設けて記載するか、別の用紙に記載した書類を添付すること。
 2 「併設事業所の①種別②名称③介護保険事業所番号」は、併設型の認知症対応型通所介護の場合に、その併設事業所の種別等を記入すること。
 3 利用定員・従業者数については、単位ごとに記入すること。3単位目以降は別紙に記入すること。
 4 従業者の員数については、総数を記入すること。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入すること。
 5 「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。
 6 「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。