

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
(共用型)

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												
本体事業所(施設)	種別						介護保険事業所番号					
	名称						開設年月日					
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											
	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)											
	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												
従業者の職種・員数 ※本体施設の従業者との合計数	認知症対応型(介護予防) 共同生活介護		地域密着型特定施設 入居者生活介護			地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護						
	介護従業者		介護職員又は看護職員			介護職員又は看護職員						
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数												
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝			
	その他の年間の休日											
	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	～					
	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、欄を設けて記入するか、別の用紙に記載した書類を添付すること。
 2 本体事業所の種別欄には、「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」の別を記載すること。
 3 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のみ記入すること。
 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。
 5 「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。日常生活圏域以外も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。