

付表2 大泉町介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当サービス）の指定に係る記載事項

|                          |                          |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|----------------|---------|--------|--------|-------|--------|---------|----------|---|---|---|---|---|
|                          |                          |                        |                |         |        |        |       |        |         | 受付番号     |   |   |   |   |   |
| 事業所                      | フリガナ                     |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 名称                       |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 所在地                      | (〒 - )                 |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 電話番号                     |                        |                |         |        |        | FAX番号 |        |         |          |   |   |   |   |   |
| 当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文 |                          |                        |                |         |        |        |       |        |         | 第        | 条 | 第 | 項 | 第 | 号 |
| 管理者                      | フリガナ                     |                        |                |         |        |        | 住所    | (〒 - ) |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 氏名                       |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 生年月日                     |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 当該事業において兼務する場合の他の職種      |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 同一敷地内の他の事業所・施設において兼務する場合 |                        |                |         |        | 事業所等名称 |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          |                          |                        |                |         | 兼務する職種 |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
| 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)                   |                          |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積           |                          |                        | m <sup>2</sup> |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
| 主な<br>掲<br>示<br>事<br>項   | 利用定員                     | 人                      |                | 利用者の推定数 |        |        |       | 人      |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 営業日                      | 日                      | 月              | 火       | 水      | 木      | 金     | 土      | 祝       | その他年間の休日 |   |   |   |   |   |
|                          | 営業時間                     | 平日                     |                | 土曜日     |        | 日曜日・祝日 |       | 備考     |         |          |   |   |   |   |   |
|                          |                          | ～                      |                | ～       |        | ～      |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | 利用料                      | 法定代理受領分 各利用者の負担割合に応じた額 |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          |                          | 法定代理受領分以外              |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
|                          | その他の費用                   |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |
| 添付書類                     | 別添のとおり                   |                        |                |         |        |        |       |        |         |          |   |   |   |   |   |

注1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別様に記載した書類を添付してください。
- 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る単位別利用定員等の必要事項を別様に記載した書類を添付してください。
- 4 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、必要事項を別様に記載した書類を添付してください。