

通所型サービスA事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ														
	名称	デイサービスセンター ●●													
	所在地	(郵便番号 586-▲▲●●) 大阪府 河内長野市 ●●町●●													
	連絡先	電話番号	0721-●●-▲▲▲▲				FAX番号								
当該事業の実施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	カワチ イチロウ		住所・連絡先	(郵便番号 586-●●◆◆) 大阪府河内長野市▲▲町●●										
	氏名	河内 一郎			電話番号	0721-●●-▲▲▲▲		FAX番号							
	生年月日	昭和●年●月●日													
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)														
	当該事業所内での他の職務との兼務		職種												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の種類		ケアプランセンター ●● 管理者 9:00~18:00										
		兼務する職種及び勤務時間帯													
当該事業所で同時にサービスを行う利用者数の上限												40	人		
実施単位数	1単位		当該事業所で同時に通所型サービスA事業を行う利用者数の上限										5/40	人	
単位ごとの状況		1単位目		2単位目		3単位目						合計			
定員		5/40 人		人		人		人				5 人			
食堂及び機能訓練室の合計面積		120 m ²		m ²		m ²		m ²				120 m ²			
単位別情報 (1単位目)	※2単位目以降は、別紙に記載し、添付すること														
	従業者	生活相談員		看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)					2								
	非常勤(人)														
	定員	5 人		食堂及び機能訓練室の合計面積										120	m ²
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間		8/13~8/15			
			○	○	○	○	○	○	○	の木日		12/29~1/3			
	営業時間	平日	9:00 ~ 18:00		土曜	9:00 ~ 18:00		日・祝	9:00 ~ 18:00						
	送迎を除くサービス提供時間		9:45 ~ 17:15 (7時間 30分)												
主な揭示事項	利用料	法定代理受領分 河内長野市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額													
		法定代理受領分以外 河内長野市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額													
	その他の費用	運営規程に定めるとおり													
協力医療機関 (療養型のみ)	名称											主な診療科名			
	名称											主な診療科名			
	名称											主な診療科名			

上段には全体の利用者数の上限を、下段には通所型サービスAの利用者数の上限を記入。
 ※通所型サービスAは他のサービスの定員と合算できないため、別に定員を定める必要があります。そのため、現在指定を受けている通所介護・介護予防通所介護・相当サービスの利用人数を変更する場合、通所介護・介護予防通所介護および相当サービスの変更届の提出が必要となります。

例1) 利用上限40人
 通所介護・介護予防通所介護・相当サービス 40人→35人(変更)
 通所型Aサービス 5人
 →広域福祉課へ通所介護と介護予防通所介護の変更届、いきいき高齢・福祉課へ相当サービスの変更届の提出が必要

例2) 利用上限40人
 通所介護・介護予防通所介護・相当サービス 35人(変更なし)
 通所型Aサービス 5人
 →変更届の提出不要

通所型Aサービスに従事する人数のみ記入してください。
 通所型Aサービスは生活相談員・看護職員・機能訓練指導員等の人員基準はないため、一体型で通所介護・相当サービスとの兼務で通所型Aサービスに上記人員を配置する場合は記入不要です。なお、介護職員の人数は必要です。
 ※単独型や通所型サービスAに専従する場合は生活相談員等の記入が必要です。

備考 1 2単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。
 2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。