

付表2-1 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）

受付番号

事業所	フリガナ 名 称	-----				
	所在地	(郵便番号 -----) ----- 県 ----- 郡市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款等の 条文			第	条第	項第	号
併設事業所の種別、名称			事業所番号			
管 理 者	フリガナ 氏 名	住所		(郵便番号 -----)		
	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）		名称	事業所番号		
			兼務する職種 及び勤務時間等		-----	
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)						
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否		
			m ²	m ² 以上		
主 な 掲 示 事 項	営 業 日	単位ごとの営業日				
	営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利 用 定 員	人 (単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
	利 用 料	法定代理受領分（一割負担分）				
		法定代理受領分以外				
	食 事 の 提 供 に 要 する 費 用					
通常の実施地域						
添 付 書 類						

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 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載してください。
 - 4 従業者の員数については、総数を記載してください。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載してください。
 - 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2-2 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）

受付番号

事業所	フリガナ 名称	-----				
	所在地	(郵便番号 —) ----- 県 郡市 -----				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款等の 条文			第	条第	項第	号
種別				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 氏名	住所		(郵便番号 —)		
	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)	名称			事業所番号	
		兼務する職種及 び勤務時間等	-----			
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)				
		基準上の必要人数(人)				
		適合の可否				
食堂及び機能訓練室の合計面積						
			m ²			
主 な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日				
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
	利 用 料	法定代理受領分（一割負担分）				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に 要する費用					
通常の実施地域						
添 付 書 類						

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」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又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
 - 4 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にのみ記載してください。
 - 5 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
 - 6 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2-3 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を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事	フリガナ				
	名 称				
業	所 在 地	(郵便番号 —)			
		県 郡市			
所	連 絡 先	電話番号			F A X 番 号
	食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積			基準上の必要数値	適 合 の 可 否
			㎡	㎡以上	
主 な 掲 示 事 項	営 業 日	単位ごとの営業日			
	営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)			
	利 用 定 員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)			
	利 用 料	法定代理受領分(一割負担分)			
		法定代理受領分以外			
	食 事 の 提 供 に 要 す る 費 用				
通常の仕事実施地域					

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」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又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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してください。