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)

受付悉县

							2 4 . 4	田刀		
	フリガ	+								
事	名	<u></u>	—							
SHA		(郵便番	号)					
業	所 在 地		-	71.12 <u></u>						
—	171 11 10		具	郡市						
所										
	連絡先	電話番号				F A	AX番号			
当該		施について	定めて	ある定款	等の		•	~T. leh:	,	н
桑克		,		·> & /C/\(\right)\)		第	条第	項第		号
併言	な事業所の利	重別、名称				ı	事業所番	: 무		
DIE	フリガナ	1	1			(垂(右	更番号)	
						(野)	史 留万	_)	
管	氏 名				住所					
	牛年月日									
T III		구 주 다 표(大포) 	汇 △ = 推 =	ま光記で	共攻					
理		定対応型通 職種(兼務								
)		-	·₩=r	1	
者		内の他の事		名称		-	事	業所番号	`	
1	は施設の	従業者との	り兼務	兼務す						
	(兼務の場	場合のみ記	人)	及び勤	務時間	引等				
74.	学士の豆	14 L	**	C.+u=)/c =	≠. ≑#	- 啦 - 早	△ ## ₩ #	機能指揮	訓練	
(化)	乗 白 の 堰	種・員	奴 生症	5怕砍貝	有碳	極貝	介護職員	1 指 準	員	
	常	勤(人))							
	非常	勤(人)								
		 込要人数(人								
		- 17								
_	適合		否	^ -1 -		-L-1- 2011. I	>	1. 3-4- 4		
食	堂及び機	後能訓練	室の	台 計 值		基準上	の必要数値		\mathcal{O}	可 否
					m²		m²以」			
	営	業日	単位、	ごとの営	業日					
主	까 수 게수	n±. 88	単位、	ごとのサ	ービン	ス提供時	寺間 (送近	時間を除	()	
な	営 業	時間	(1)	: ~	:	2:	~ :	3 :	\sim	:)
-	利 用	定員	1	人 (単位 :	ごとの気	計員(1)		(3)	人)
掲	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		注定化	弋理受領				/		, \ /
示	利	用 料		七理受領			ニノ↓/			
事	食事の	提供に	1万亿1	()生又识	ハめり	٦				
項		る費用	1							
	週吊の事	業実施地域	1							
添	付	書 類								
			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 備考 1 ださい。
 - 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。
 - 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。 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。
 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	寸番号	7				
	フリガナ												
事	名 称	(TP / TT	н										
業		(郵便番	号	_)								
	所 在 地												
所	\+ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	产 34.41.11	電 託乗旦 □ □ Λ V 乗旦 □										
业主	連絡先 変事業の実施	電話番号		なて学も	を生み		FAX番号						
条プ	て	也に、フィ・C	足のし	外守り	第	条第		項第	号				
種別	[1]						事業所番号						
名和	你						開設年月	開設年月日					
本位	本の事業所等	等の入居者	を含め	た利用者		人	当該事業の利用定員						
	フリガナ					(郵付)						
管	氏 名				住所					·			
	生年月日	La La La modela mana	A		.)/ =/.								
理	当該認知症する他の恥												
	同一敷地内		名称			Ī	事業原	近番号					
者	は施設の	従業者と 場合のみ記	の兼務 入)	重及 -									
2 Y ·	業者の職	新 . 吕	** 生	看護	^飲								
1处;		サラ 関	絮 相	活 談 員	自喪	取貝 二	川	指	導員				
	常 常												
	基準上の必	勤(人 公要人数(()										
		<u>カメススク</u> の 可	否										
食	堂及び	機能訓	練 室	の合	計面			•					
	57¢ 4	¥ ==	光件	> 1. ∞ £	4 \ 	m²							
主		善 日	出告	ごとの質		7 担州日	時間 (送)	加井即	また「仝ノ)	1			
な	営業	時間		: ~	:	(2) :		3 Tr421#	17年 (赤く)	:)			
掲	利 用	定員		人	<u> </u>	ごとのタ		人②	人③	人)			
示	利	月 彩		代理受管			担分)						
事	, .	提 供 に	法正	代理受領	貝分以為	<u> </u>							
項	要する												
,	通常の事業	美実施 地域											
添	付	書 類			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							

「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。 備考

- 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 2
- 「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。 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	寸番片	쿳				
事	フ	リガナ													
	名	称													
業			(郵便	更番 号	<u>1</u> .	_)								
	所	在 地			<u> </u>	郡市									
所	連	絡 先	電話番	子号					FAX番号						
	食堂及び機能訓練室の用い 面積					共する区画の	合計	基	生準上の必要	数値	適	合	の	可	否
	•						m²		m² J	以上					
	営 業 日			単位ごとの営業日											
主	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 : ~ :							:)		
な #	利	用	定	員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ /							人)			
掲示事項	利	F	用 料		法定代理受領分 (一割負担分)										
	小山 八		n 141		法定代理受領分以外										
	食要		提 供 費	に 用											
	通常の事業実施地域														

- 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。