付表６－２

通所型短時間サービスの指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| 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・寄附行為等の条文 | 　第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 　管　理　者 | フリガナ |  | 住所･連絡先 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入） |
| 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 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間 |  |
| 実施単位数 | 　　単位 | 同時にサービスの提供を受けることができる利用者数の上限（緩和型＋通所介護等） | 人 |
|  | 事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計（緩和型＋通所介護等） | ㎡ |
| 単位ごとの状況 | １単位目 | ２単位目 | 　 |  |
|  | 緩和型 | 通所介護等※ | 緩和型 | 通所介護等※ |  |  |  |  |
|  | 定　員 | 　　　　　　　 人 | 人 | 　　　　　　　 人 | 人 |  |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 　　　　　　　㎡ | 　　　　　　㎡ | 　　　　　　　㎡ | 　　　　　　㎡ |  |  |  |  |
| 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 | 従事者 | 機能訓練指導員  |
| 専従（人） | 兼務（人） | 専従（人） | 兼務（人） |
|  |  |  |  |
| 定員(緩和型) | 　　　　　人 | 機能訓練室の面積(緩和型) | 　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 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・祝 |  | ～ |  |
| 送迎を除くサービス提供時間 | 　　：　　～　　：　　　　（　　　時間　　分） |
| 主な掲示事項 | 利用料 | 法定代理受領分　　　　東大阪市介護予防・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　　 東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | 東大阪市 |
| 備考 |  |

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。

　　　注※　通所型短時間サービスと同時に通所介護・地域密着型通所介護・通所型介護予防サービスを提供する場合は、その定員及び機能訓練室の面積を記載してください。