付表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（単独型・併設型）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |
| Email |  | | | | | | | | |
| 事業の実施形態 | | | □単独型　　　　　　□併設型 | | | | | | | | | |
| 管　　理　　者 | | フリガナ |  | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 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 | |  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | |
| 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) | |  | |  |  | |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | |
| 食堂および機能訓練室の面積合計 | | | | ㎡ | | |  | |
| 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) | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | |

（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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
| Email | |  | |  | | |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | |
| 食堂および機能訓練室の合計面積 | | | | | ㎡ | |  | |
| 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) | | | | | | |

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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |
| Email |  | | | | | | | | |
| 本体事業種別 | | | □認知症対応型共同生活介護　　□地域密着型特定施設　　□地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | |
| 管　　理　　者 | | フリガナ |  | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 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 | |  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | |
| 本体の事業所等の入居者を含めた利用者数 | | | | | | 人 | | |  | | |
| 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) | |  | |  | |  | | |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | |
| 食堂および機能訓練室の面積合計 | | | | ㎡ | | | |  | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | | | | |

（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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
| Email | |  | |  | | |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | |
| 食堂および機能訓練室の合計面積 | | | | | ㎡ | |  | |
| 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) | | | | | | |