

(第一面)

付表2
(通所型サービス事業所の指定の場合)

受付番号	
------	--

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				
メールアドレス											
申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項						第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 —)					
	生年月日										
	申請に係る通所型サービス事業所で兼務する場合にある場合にあつてはその職種										
	兼務する同一敷地内の他の事業所 又は施設	名称									
勤務する職種 及び勤務時間等											
実施単位数	単位	同時に通所型サービスの提供を受けることができる 利用者の数の上限						人			
単位別従業者の職種及び員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		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				
					㎡		㎡以上				
主な 揭示 事項	利用定員	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間 の休日	
	営業時間	平日	～			土曜	～		日曜・祝日	～	
		備考									
	利用料(円)	法定代理受領サービス分									
		法定代理受領サービス分以外									
その他の費用(円)											
通常の事業の実施地域	①	②			③		④		⑤		
	備考										
添付書類		別添のとおり									

- 備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
 - 3 「主な掲示事項」については、記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
 - 5 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 申請に係る事業の従事者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要
 - (4) 運営規程
 - (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (6) 盛岡市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定手続等に関する要綱第5に該当しないことを誓約する書面
 - 6 盛岡市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定手続等に関する要綱第6の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
 - 7 盛岡市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定手続等に関する要綱第6の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記5(1)から(5)までに掲げる事項

(A4)

(第二面)

(通所型サービス事業所の指定の申請の場合(2単位目以降))

受付番号

事業所		フリガナ 名称															
単 位	単 位	単位別従業者の職種及び員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員							
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
		常勤(人)															
		非常勤(人)															
		基準上の必要人数(人)															
	適合の可否																
	主 な 掲 示 事 項	利用定員		人													
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日					
		営業時間		平日	～			土曜	～		日曜・祝日	～					
			備考														
単 位	単 位	単位別従業者の職種及び員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員							
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
		常勤(人)															
		非常勤(人)															
		基準上の必要人数(人)															
	適合の可否																
	主 な 掲 示 事 項	利用定員		人													
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日					
		営業時間		平日	～			土曜	～		日曜・祝日	～					
			備考														

備考1 申請に係る事業所内で複数の事業単位を実施する場合に記載してください。

2 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

4 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

(A4)

(第三面)

(通所型サービス事業所の指定の申請の場合 (事業所所在地以外の場所で事業の一部を実施))

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ 名 称																	
一部事業施設数	施設																	
事業の実 施設	フリガナ 名 称																	
	所 在 地	(郵便番号 ー)																
	連 絡 先	電 話 番 号						F A X 番 号										
同時に通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限												人						
従業者の職種及び員数			生活相談員				看護職員				介護職員				機能訓練指導員			
			専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
			常 勤 (人)															
非常勤 (人)																		
食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²															
主な掲 示事項	利 用 定 員	人																
	営 業 日	日	月	火	水	木	金	土	祝	そ の 他 の 年 間 の 休 日								
	営 業 時 間	平 日	～				土 曜		～			日 曜・祝 日	～					
		備 考																
事業の実 施設	フリガナ 名 称																	
	所 在 地	(郵便番号 ー)																
	連 絡 先	電 話 番 号						F A X 番 号										
同時に通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限												人						
従業者の職種及び員数			生活相談員				看護職員				介護職員				機能訓練指導員			
			専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
			常 勤 (人)															
非常勤 (人)																		
食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²															
主な掲 示事項	利用定員	人																
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	そ の 他 の 年 間 の 休 日								
	営業時間	平 日	～				土 曜		～			日 曜・祝 日	～					
		備 考																

- 備考1 申請に係る事業所の所在地以外の場所で事業の一部を実施する施設を有する場合に記載してください。
- 2 「受付番号」の欄は、記載しないでください。
- 3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 4 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

(A4)