

付表 6 - 1 通所介護（療養通所介護）事業者の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
		(ビルの名称等)							
連絡先	電話番号				FAX 番号				
	Email								
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏 名								
	生年月日				当該通所介護事務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							
		兼務する職種及び勤務時間等							
	実施単位数	単位							
同時に通所介護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・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			
				m ²		m ² 以上			
主な揭示事項	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							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の事業実施地域									
添付書類	別添のとおり								

備考 1 ※印の欄は、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 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別様に記載し添付してください。

5 当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、「付表 6 - 2」に必要事項を記載のうえ、添付してください。

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載のこと。

単位別従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	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								

記入例

付表6-1 通所介護（療養通所介護）の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルデイサービスセンター							
	名称	〇〇デイサービスセンター							
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号							
		(ビルの名称等)							
連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
	Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp							
管理者	フリガナ	カガワ タロウ		住所	(郵便番号760-8582)				
	氏名	香川 太郎			香川県高松市天神前6-1				
	生年月日								
	当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				介護職員				
	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						
		兼務する職種及び勤務時間等							
実施単位数	2単位								
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限				30人					
単位別従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1		1	1			1
		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			
105.2㎡				㎡以上					
主な揭示事項	営業日	月曜日～金曜日(但し、祝祭日及び12/28～1/4を除く)							
	営業時間(単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く))	8:30～17:00 (① 9:00～16:00 ② 10:30～15:30 ③ : ~ :)							
	利用定員	30人(単位ごとの定員① 15人、② 15人、③ 人)							
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額							
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額							
	その他の費用	地域外交通費、食材料費、オムツ代							
通常の事業実施地域	高松市、さぬき市								
添付書類	別添のとおり								

別添

通所介護（療養通所介護）

指定（許可）更新申請に係る添付書類一覧

※受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類 (更新前の届出内容からの変更がない場合は、 「書類省略不可」以外のものは添付不要)	申請する事業・施設の種類			参考様式	更新前届出内容からの変更の有無	
		通所介護	共生型通所介護			有	無
1	法人登記事項証明書又は条例等					有	無
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証、雇用契約書の写等)				参考様式 1	有	無
3	事業所の平面図、位置図、 必要に応じて外観及び内部の様子が分かる写真				参考様式 3	有	無
	設備及び備品の概要				参考様式 5	有	無
4	運営規程（変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付）				参考例	有	無
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				参考様式 6	有	無
6	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地				該当する場合のみ (付表 6-2)	有	無
7	介護保険法第 70 条第 2 項各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-①	書類省略不可	
8	土地及び建物の登記事項証明書（土地・建物を所有している場合のみ添付）					有	無
	賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）					有	無
	建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証					有	無

備考 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 [参考様式](#)、[参考例](#)を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号