

付表 9-1 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	フタツモリデイサービスセンター				
	名 称	ニツ森デイサービスセンター				
	所在地	(郵便番号 508-0203) 岐阜県中津川市福岡1693番地608 ----- (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0573-72-4001	FAX 番号	0573-72-4032	
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1条第(2)項第イ 号	
併設事業所の種別、名称		特養・併設ショート・居宅介護支援事業所		事業所番号		
管理者	フリガナ	イマイ リョウ	住所	(郵便番号)		
	氏 名	今井 亮		岐阜県		
	生年月日					
	当該地域密着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)			生活相談員・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			事業所番号	
		兼務する職種 及び勤務時間等	-----			
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)		3	1	2		
非常勤 (人)			1	3	1	
基準上の必要人員 (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		
163.059㎡			㎡以上			
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日 月～土 (12/31～1/3 休業)				
	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 09:20 ～ 16:30 ② : ~ :)				
	利用定員	10人(単位ごとの定員① 10人② 人③)				
	利用料	法定代理受領分(一割負担分又は二割負担分)		介護報酬告知額の内、介護保険負担割合に記載してある「利用者負担の割合」の額		
		法定代理受領分以外		介護報酬告知額		
	食事の提供に要する費用	690円(おやつ代金含む)				
	通常の事業実施地域	中津川市 福岡・高山・下野・田瀬・及び周辺地域				
添付書類	別添のとおり					

- 備考 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 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。
- 5 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。