

付表3 生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )								
	電話番号									
	E-Mail									
管理者	フリガナ			生年月日				年	月	日
	氏名									
	住所	(郵便番号 - )								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									
他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称									
	兼務する職種及び勤務時間等									
サービス管理者	フリガナ			生年月日				年	月	日
	氏名									
住所	(郵便番号 - )									
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号										
<b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>										
利用定員(人)										
利用者の推定数(人)	事業所が申告する障害支援区分の平均値									
	サービス単位	4未満			4以上5未満			5以上		
	サービス単位1									
	サービス単位2									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	:			~			:		
	土曜	:			~			:		
	日・祝	:			~			:		
利用料										
その他の費用										
通常の事業の実施地域										
協力医療機関	名称				診療科名					

○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
	E-Mail							
サービス管理者	フリガナ			生年月日				
	氏名				年	月	日	
	住所	(郵便番号 - )						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		第 条 第 項 第 号						
利用定員(人)								
利用者の推定数(人)	事業所が申告する障害支援区分の平均値							
	サービス単位	4未満		4以上5未満		5以上		
	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
協力医療機関	名称				診療科名			

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	