

付表第二号（三） 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号												
	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村											
	連絡先	電話番号	(内線)					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		-----											
共生型サービスの該当有無						☐ 有 ☐ 無							
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
食堂及び機能訓練室の合計面積						m ²	利用定員（同時利用）				人		
サービス提供単位1	○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				
		専従	兼務		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常 勤（人）											
	非常勤（人）												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日 （該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日				
		その他（年末年始休日等）											
	営業時間				：		～		：				
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：					
			土曜日	：		～		：					
			日曜日・祝日	：		～		：					
サービス提供時間				：		～		：					
利用定員				人									
サービス提供単位2	○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				
		専従	兼務		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常 勤（人）											
	非常勤（人）												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日 （該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日				
		その他（年末年始休日等）											
	営業時間				：		～		：				
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：					
			土曜日	：		～		：					
			日曜日・祝日	：		～		：					
サービス提供時間				：		～		：					
利用定員				人									
サービス提供単位3	○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				
		専従	兼務		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常 勤（人）											
	非常勤（人）												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日 （該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日				
		その他（年末年始休日等）											
	営業時間				：		～		：				
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：					
			土曜日	：		～		：					
			日曜日・祝日	：		～		：					
サービス提供時間				：		～		：					
利用定員				人									
添付書類		別添のとおり											

（地域密着型通所介護事業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) 都 道 市 区 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		利用定員（同時利用）			人	
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
			日曜日・祝日	：		～		：	
	サービス提供時間			：		～		：	
利用定員			人						
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
			日曜日・祝日	：		～		：	
	サービス提供時間			：		～		：	
利用定員			人						
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
			日曜日・祝日	：		～		：	
	サービス提供時間			：		～		：	
利用定員			人						
添付書類		平面図							

- 備考
- 1

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2

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。
- 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にのみ記載してください。
- 4

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、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
- 5

サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考） 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位 4 以降

サ ー ビ ス 提 供 単 位 4	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤（人）							
	非常勤（人）								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 （該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
日曜日・祝日			：		～		：		
サービス提供時間			：		～		：		
利用定員			人						
サ ー ビ ス 提 供 単 位 5	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤（人）							
	非常勤（人）								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 （該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
日曜日・祝日			：		～		：		
サービス提供時間			：		～		：		
利用定員			人						
サ ー ビ ス 提 供 単 位 6	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤（人）							
	非常勤（人）								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 （該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
日曜日・祝日			：		～		：		
サービス提供時間			：		～		：		
利用定員			人						

（地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
Email									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²	利用定員（同時利用）			人	
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
			日曜日・祝日	：		～		：	
	サービス提供時間			：		～		：	
	利用定員			人					
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
			日曜日・祝日	：		～		：	
	サービス提供時間			：		～		：	
	利用定員			人					
サービス提供単位6	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：		～		：	
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	：		～		：	
			土曜日	：		～		：	
			日曜日・祝日	：		～		：	
	サービス提供時間			：		～		：	
	利用定員			人					

付表第二号（六） 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号							
	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村						
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX 番号			
		Email						
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏 名							
	生年月日							
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
	併設する施設等の従業者との兼務 (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								
協力医療 機関	名称				主な診療科名			
	名称				主な診療科名			
○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		介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常 勤 (人)						
		非常勤 (人)						
常勤換算後の人数 (人)								
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)		人						
○設備に関する基準の確認に必要な情報								
居間及び食堂の合計面積		㎡						
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人		
登録定員		人						
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員		人		
建物の構造		☐ 耐火建築物		☐ 準耐火建築物		☐ その他		
添付書類		別添のとおり						

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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の記載事項)

事業所	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX 番号		
		Email					
○設備に関する基準の確認に必要な情報							
居間及び食堂の合計面積		㎡					
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人	
登録定員		人					
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員		人	
建物の構造		☐ 耐火建築物		☐ 準耐火建築物		☐ その他	

備考

- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 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。
- 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 4 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、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考） 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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

（小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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の記載事項）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積		m ²			
個室以外の宿泊室の合計面積		m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他			

付表第二号（七） 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	(内線)				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											
本体施設の有無		☐ 有 ☐ 無		本体施設名称						事業所番号	
協力医 療機関	名 称					主な診療科名					
	名 称					主な診療科名					
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
共同生活住居数		戸		①		②		③			
従業者の職種・員数				介護従業者		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）											
非常勤（人）											
常勤換算後の人数（人）											
利用者数(推定数を記入)		人		人		人		人			
利用定員		人		人		人		人			
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
建物の構造		☐ 耐火建築物		☐ 準耐火建築物		☐ その他					
添付書類		別添のとおり									

備考

- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 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。
- 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

（参考） 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医 療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第二号（五） 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等に係る記載事項（共用型）

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
	Email											
本体事業種別		☐ 認知症対応型共同生活介護事業所 ☐ 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 ー)					
	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								
○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								
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡		利用定員（同時利用）				人		
サービス提供単位1	○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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常 勤（人）									
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～ ：									
	曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	： ～ ：									
		土曜日	： ～ ：									
	記入	日曜日・祝日	： ～ ：									
サービス提供時間		： ～ ：										
利用定員		人										
サービス提供単位2	○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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常 勤（人）									
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～ ：									
	曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	： ～ ：									
		土曜日	： ～ ：									
	記入	日曜日・祝日	： ～ ：									
サービス提供時間		： ～ ：										
利用定員		人										
サービス提供単位3	○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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常 勤（人）									
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～ ：									
	曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	： ～ ：									
		土曜日	： ～ ：									
	記入	日曜日・祝日	： ～ ：									
サービス提供時間		： ～ ：										
利用定員		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) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
		Email									
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		利用定員（同時利用）				人		
サービス提供単位 1	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
			その他（年末年始休日等）								
	営業時間		： ～ ：								
	曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	： ～ ：				：				
		土曜日	： ～ ：				：				
		日曜日・祝日	： ～ ：				：				
	サービス提供時間		： ～ ：								
利用定員		人									
サービス提供単位 2	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
			その他（年末年始休日等）								
	営業時間		： ～ ：								
	曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	： ～ ：				：				
		土曜日	： ～ ：				：				
		日曜日・祝日	： ～ ：				：				
	サービス提供時間		： ～ ：								
利用定員		人									
サービス提供単位 3	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
			その他（年末年始休日等）								
	営業時間		： ～ ：								
	曜日ごとに 異なる場合 記入	平日	： ～ ：				：				
		土曜日	： ～ ：				：				
		日曜日・祝日	： ～ ：				：				
	サービス提供時間		： ～ ：								
利用定員		人									

備考

- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 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。
- 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にのみ記載してください。
- 4 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、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
- 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考） 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等に係る記載事項（共用型）記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常 勤（人）									
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～									
		土曜日	： ～									
		日曜日・祝日	： ～									
サービス提供時間		： ～										
利用定員		人										
サービス提供単位5	○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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常 勤（人）									
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～									
		土曜日	： ～									
		日曜日・祝日	： ～									
サービス提供時間		： ～										
利用定員		人										
サービス提供単位6	○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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常 勤（人）									
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～									
		土曜日	： ～									
		日曜日・祝日	： ～									
サービス提供時間		： ～										
利用定員		人										

（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）

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ											
	名 称											
	所在地		(郵便番号 —) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先		電話番号		(内線)				FAX番号			
Email												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡		利用定員（同時利用）				人		
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～ ：									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：									
		土曜日	： ～ ：									
		日曜日・祝日	： ～ ：									
	サービス提供時間		： ～ ：									
利用定員		人										
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～ ：									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：									
		土曜日	： ～ ：									
		日曜日・祝日	： ～ ：									
	サービス提供時間		： ～ ：									
利用定員		人										
サービス提供単位6	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		： ～ ：									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：									
		土曜日	： ～ ：									
		日曜日・祝日	： ～ ：									
	サービス提供時間		： ～ ：									
利用定員		人										

付表第二号（十一） 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号	
Email							
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	氏 名						
	生年月日						
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 ☐ 有 ☐ 無						
	同一敷地内の他の事業所		名称			事業所番号	
	又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		兼務する職種 及び勤務時間等				
	○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（人）		介護支援専門員					
		専 従	兼 務				
常 勤（人）							
非常勤（人）							
事業開始時の利用者の推定数				人			
添付書類		別添のとおり					

備考

- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 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。

付表第二号（十二） 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号
		Email		
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)
	氏 名			
	生年月日			
	当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無			☐ 有 ☐ 無
	地域包括支援センターの従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
	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（人）		担当職員		
		専従	兼務	
		常 勤（人）		
		非常勤（人）		
事業開始時の利用者の推定数		人		
添付書類		別添のとおり		

備考

- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 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。