

記載例

受付番号

事業所	フリガナ	マルマルカイゴサービス											
	名称	〇〇介護サービス											
	所在地	(郵便番号460-8508) 愛知県 県名古屋 郡市 中区丸の内三丁目1番1号											
管理者	連絡先	電話番号	052-972-3965			FAX番号	052-972-4149						
	フリガナ	〇〇〇〇		住所	(郵便番号 -)								
	氏名	〇〇〇〇		住所	〇〇 県 〇〇 郡市 〇〇〇〇								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
	他事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)												
	事業所等の名称 〇〇〇〇 兼務する職種及び勤務時間等 〇〇〇〇												
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号													
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)						
	氏名					住所							
従業者の職種・員数		医 師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士			
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務			
従業者数		常勤(人)											
		非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者					
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務					
従業者数		常勤(人)											
		非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
前年度の平均実利用者数(人)													
		生活介護だけはサービス提供時間を記載してください(営業時間ではありません)。											
		サービス単位3											
主な揭示事項		単位ごとの営業日 月～土曜日(年末年始を除く)											
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ①10:00～16:15 ② : ~											
主たる対象者		特定無し		身体障害者									
		〇		細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害	
		知的障害者		精神障害者		難病等対象者							
利用定員		10人(単位ごとの定員) ① ②)											
基準上の必要定員													
多機能型実施の有無		有 ・ 無											
利用料		厚生労働省告示の額に基づく											
その他の費用		食事提供に要する費用(〇〇円/食)											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況 している していない											
		苦情解決の措置概要 窓口(連絡先) 000-0000 担当者 〇〇〇〇											
協力医療機関		名 称				主な診療科名							
一体的に管理運営する他の事業所													
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)											

記入不要

記入不要

記入不要

運営規程及び勤務体制・勤務形態一覧表以外は添付不要

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
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業に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。

記載例

受付番号

事業所	フリガナ	マルマルカイゴサービス											
	名称	〇〇介護サービス											
	所在地	(郵便番号460-8508) 愛知県 県名古屋 郡市市中区丸の内三丁目1番1号											
管理者	連絡先	電話番号	052-972-3965				FAX番号	052-972-4149					
	フリガナ	〇〇〇〇		住所	(郵便番号 〇〇 県 〇〇 郡市 〇〇〇〇)								
	氏名	〇〇〇〇		介護職員									
	当該事業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)			事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等									
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号													
事業所の種別	併設型・空床型・単独型			併設型・単独型の場合				利用定員数(人)		5人			
併設(本体)施設		名称		併設(本体)施設の入所者の定員(人)									
施設種別等		単独型事業所の居室											
1室の最大定員(人)		入所者1人あたりの最小床面積 m											
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者		医師		看護職員				心理判定員			
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		保健師		看護師			
従業者数		常勤(人)		非常勤(人)		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務			
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
		職能判定員		理学療法士等		あん摩マツサージ指圧師				生活支援員			
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員			
従業者数		常勤(人)		非常勤(人)		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務			
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
		職業指導員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士			
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務			
従業者数		常勤(人)		非常勤(人)		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務			
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
主な揭示事項		主たる対象者(該当に○) 特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者											
利用料		厚生労働省告示の額に基づく											
その他の費用		食事提供に要する費用(〇〇円/食)											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況 している していない											
		苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)		000-0000		担当者 〇〇〇〇			
		その他											
協力医療機関		名称		主な診療科名									
一体的に管理運営する他の事業所													
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの)											

指定小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスの利用定員

記入不要

記入不要

記入不要

記入不要

運営規程及び勤務体制・勤務形態一覧表以外は添付不

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員等について記載してください。
- 「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記載してください。

記載例

受付番号

事業所	フリガナ	マルマルカイゴサービス						
	名称	〇〇介護サービス						
	所在地	(郵便番号460-8508) 愛知県 県名古屋 郡市 中区丸の内三丁目1番1号						
管理者	連絡先	電話番号	052-972-3965		FAX番号	052-972-4149		
	フリガナ	〇〇〇〇		住所	(郵便番号 -)			
	氏名	〇〇〇〇		住所	〇〇 県 〇〇 郡・市 〇〇〇〇			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) 介護職員							
	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)		事業所等の名称		△△△△			
			兼務する職種及び勤務時間等		△△△△			
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号			
訪問事業の実施の有無					有 ・ 無			
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏名							
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	
		専従 兼務		専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)							
	基準上の必要人数(人)							
		生活支援員		訪問支援員	その他の従業者			
		専従 兼務		専従 兼務	専従 兼務			
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)							
	基準上の必要人数(人)							
前年度の平均利用者数(人)								
主な揭示事項								
営業日		月、火、水、木、金						
営業時間		9:45~16:00						
主たる対象者	特定無し	細分無し		肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害	
	〇							
	知的障害者	精神障害者	難病等対象者					
利用定員		10人						
基準上の必要定員		人						
利用料		厚生労働省告示の額に基づく						
その他の費用		食事提供に要する費用(〇〇円/食)						
通常の事業の実施地域		名古屋市全域						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している		していない				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		000-0000	担当者	〇〇〇〇		
	その他							
協力医療機関		名称			主な診療科名			
多機能型実施の有無		有 ・ 無						
一体的に管理運営するその他の事業所								
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)						

記入不要

営業時間を記載してください
(サービス提供時間ではありません)。

指定通所介護(又は指定
地域密着型通所介護・指
定小規模多機能型居宅
介護の通いサービス)の
利用定員

記入不要

記入不要

運営規程及び勤務
体制・勤務形態一
覧表以外は添付不
要

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

記載例

受付番号

事業所	フリガナ	マルマルカイゴサービス									
	名称	〇〇介護サービス									
所在地	(郵便番号460-8508)										
	愛知県 県名古屋 郡市市中区丸の内三丁目1番1号										
連絡先	電話番号	052-972-3965				FAX番号	052-972-4149				
	フリガナ	〇〇〇〇				住所	(郵便番号 -)				
管理者	氏名	〇〇〇〇				住所	〇〇 県 〇〇 郡・市 〇〇〇〇				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
	介護職員										
	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)										
事業所等の名称											
兼務する職種及び勤務時間等											
△△△△											
△△△△											
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等											
第 条第 項第 号											
訪問事業の実施の有無											
有 ・ 無											
宿泊型事業の実施の有無											
有 ・ 無											
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名					住所					
従業者の職種・員数											
サービス管理責任者											
生活支援員											
看護職員											
地域移行支援員											
その他の従業者											
専従 兼務 専従 兼務 専従 兼務 専従 兼務 専従 兼務											
従業者数											
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
1室の最大定員											
入所者1人あたりの面積											
人 以下											
m ² m ²											
居室(宿泊型実施の場合)											
主な揭示事項											
営業日											
月、火、水、木、金											
営業時間											
9:45~16:00											
身体障害者											
特定無し											
細分無し											
肢体不自由											
視覚障害											
聴覚・言語											
内部障害											
主たる対象者											
知的障害者											
精神障害者											
難病等対象者											
利用定員											
10人											
基準上の必要定員											
人											
利用料											
厚生労働省告示の額に基づく											
その他の費用											
食事提供に要する費用(〇〇円/食)											
通常の事業の実施地域											
名古屋市全域											
第三者評価の実施状況											
している											
していない											
その他参考となる事項											
苦情解決の措置概要											
窓口(連絡先)											
000-0000											
担当者											
〇〇〇〇											
その他											
協力医療機関											
名称											
主な診療科名											
多機能型実施の有無											
有 ・ 無											
一体的に管理運営するその他の事業所											
添付書類											
別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)											

記入不要

営業時間を記載してください
(サービス提供時間ではありません)。

指定通所介護(又は指定
地域密着型通所介護・指
定小規模多機能型居宅
介護の通いサービス)の
利用定員

記入不要

記入不要

運営規程及び勤務
体制・勤務形態一
覧表以外は添付不
要

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。