**付表4-1　多賀城市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービスＣ）の指定に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 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　　　条第　　　項第　　　号 |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 実施プログラム | ① | ② | ③ | ④ |
| 専門スタッフ | 職種 | ① | ② | ③ | ④ |
| 従事するプログラム |  |  |  |  |
| 専従・兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 専門スタッフ | 職種 | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ |
| 従事するプログラム |  |  |  |  |
| 専従・兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
|  | 通所型サービスＣを提供する場所の合計面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|  | ㎡　 | ㎡以上　 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用定員 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分（1割、2割及び3割負担分） |
| 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「付表4-2　指定申請に係る必要書類一覧」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別様式に記載した書類を添付してください。

2 「実施プログラム」欄には、実施するプログラムを全て記載してください。なお、運動器の機能向上プログラムは「運動」、栄養改善プログラムは「栄養」、口腔機能向上プログラムは「口腔」、認知症予防プログラムは「認知」と記載してください。

3 「専門スタッフ」欄は、職種及び当該職種の専門スタッフが従事するプログラムを記載するとともに、専従・兼務の別ごとに、常勤・非常勤の員数を記載してください。

4 「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

5　当該サービス以外のサービスを実施する場合には､当該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｡