

付表1 移動支援事業の事業所指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 - ) 岐阜県美濃加茂市				
	連絡先	電話番号		メールアドレス		
管理者	フリガナ			住所	(〒 - ) 県 市・郡	
	氏名					
	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・寄附行為等又は条例等					第 条第 項第 号	
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(〒 - )	
	氏名					
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(〒 - )	
	氏名					
従業者の職種・員数		移動支援事業従業者		その他の従業者		
従業者数	常勤（人）		専従	兼務	専従	兼務
	非常勤（人）					
常勤換算後の人数（人）						
基準上の必要人数（人）						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
事業の内容		個別支援型				
主たる対象者		特定なし	身体障がい者	知的障がい者	障がい児	精神障がい者
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域		美濃加茂市・その他の市町村（ ）				
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）		担当者	
		その他				

（備考）

- 「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業に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 出張所等がある場合は、付表3-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含め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。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、美濃加茂市以外の区域でも実施する場合は記載してください。

付表 1 - 2 移動支援事業を事業所の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	(〒 - )			
		岐阜県 美濃加茂市			
連絡先	電話番号		メールアドレス		
主な掲示事項					
営業日					
営業時間					
事業の内容		個別支援型			
主たる対象者		特定なし	身体障がい者	知的障がい者	障がい児 精神障がい者
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域		美濃加茂市・その他の市町村 ( )			
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)		担当者
		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別葉に記載した書類を添付してください。
- 2 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 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記載してください。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、美濃加茂市以外の区域でも実施する場合は記載してください。

付表2 地域活動支援センターII型の事業所指定に係る記載事項

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 - ) 岐阜県美濃加茂市					
	連絡先	電話番号		メールアドレス			
施設長	フリガナ			住所	(〒 - ) 県 市・郡		
	氏名						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)		事業所等の名称				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		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・寄附行為等又は条例等							
従業者の職種・員数		指導員		介護職員		第 条第 項第 号	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業員数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
主な揭示事項							
営業日							
営業時間 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ( : ~ : )							
主たる対象者 特定なし 身体障がい者 知的障がい者 障がい児 精神障がい者							
利用定員 人(単位ごとの定員)							
利用料							
その他の費用							
その他サービスの内容		ア 給食サービス		有り・無し		ウ 送迎サービス	
						有り・無し	
通常の事業の実施地域 美濃加茂市・その他の市町村 ( )							
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)		担当者	
その他							
今後の事業の移行予定について							
事業の種類							
移行予定時期							
移行への方策							

(備考)

- 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。
- 「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。
- 「その他の費用」欄には、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、美濃加茂市以外の市町村がある場合に記載してください。
- 「移行への方策」欄は、利用者の推定数のほか、移行に向けての方策について具体的に記載してください。
- 「運営規定」を添付ください
- 施設の「平面図」を添付ください。(作業室、便所の表示のあるもの。)

付表2の2 地域活動支援センターⅢ型の事業所指定に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(〒 - ) 岐阜県美濃加茂市						
連絡先	電話番号				メールアドレス			
施設長	フリガナ				住所	(〒 - ) 県 市・郡		
	氏名							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)		事業所等の名称					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		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・寄附行為等又は条例等							第 条第 項第 号	
従業者の職種・員数		指導員		介護職員		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)							
主な揭示事項								
営業日								
営業時間 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ( : ~ : )								
主たる対象者 特定なし 身体障がい者 知的障がい者 障がい児 精神障がい者								
利用定員 人(単位ごとの定員)								
利用料								
その他の費用								
その他サービスの内容		ア 給食サービス		有り・無し		ウ 送迎サービス		有り・無し
通常の事業の実施地域 美濃加茂市・その他の市町村 ( )								
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)		担当者		
その他								
今後の事業の移行予定について								
事業の種類								
移行予定時期								
移行への方策								

(備考)

- 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。
- 「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。
- 「その他の費用」欄には、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、美濃加茂市以外の市町村がある場合に記載してください。
- 「移行への方策」欄は、利用者の推定数のほか、移行に向けての方策について具体的に記載してください。
- 「運営規定」を添付ください
- 施設の「平面図」を添付ください。(作業室、便所の表示のあるもの。)

付表3 訪問入浴サービス事業の事業所指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 - ) 岐阜県美濃加茂市				
管理者	連絡先	電話番号			メールアドレス	
	フリガナ			住所	(〒 - ) 県 市・郡	
	氏名					
当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)		事業所等の名称				
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		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・寄附行為等又は条例等			第 条第 項第 号	
従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		その他の従業者
従業者数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従
	非常勤(人)					※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						
営業日						
営業時間						
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域		美濃加茂市・その他の市町村( )				
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)		担当者
随時医療機関		連携	その他		連携	

(備考)

- 「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紙に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 「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。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、美濃加茂市以外の区域でも実施する場合は記載してください。

付表4 日中一時支援（日中短期入所）事業の事業所指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称														
	所在地	( 市 - ) 岐阜県美濃加茂市													
管理者	連絡先 フリガナ	電話番号					メールアドレス								
	氏名					住所	( 市 - ) 県 市・郡								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）		事業所等の名称												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の利用者の兼務（兼務の場合記入）		兼務する職種及び勤務時間等												
事業所の種別及び定員		空床型	本体施設の空床の範囲内												
併設型の場合		併設型	人												
		単独型	人												
		本体施設の名称	施設種別												
		本体施設の定員	人												
		本体施設の前年度平均入所者数													
従業者の職種・員数（人）		サービス管理責任者		医師		看護職員									
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計		保健師		看護師		准看護師		心理判定員	
従業者数		常勤(人)				専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
常勤職員の数(人)		非常勤(人)													
基準上の必要人数(人)															
		理学療法士等													
		職能判定員		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		あん摩マッサージ指圧師		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	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)													
常勤職員の数(人)		非常勤(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		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	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数		常勤(人)													
常勤職員の数(人)		非常勤(人)													
基準上の必要人数(人)															
主な揭示事項															
営業日															
営業時間															
主たる対象者		特定なし 身体障がい者 知的障がい者 障がい児 精神障がい者													
利用料															
その他の費用															
通常の送迎の実施地域		美濃加茂市・その他の市町村（ ）													
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）				担当者					
		その他													
協力医療機関		名称				主な診療科名									
添付書類		別添のとおり													