

鹿児島市ミニデイ型通所介護サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称										
	所在地	(〒 -)									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項					第	条	項	号			
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)					
	氏名										
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称								
		兼務する職種及び勤務時間									
実施単位数	単位	同時にミニデイ型通所介護サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限					人				
従業者の職種・員数			介護職員								
			専従	兼務							
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	基準上の必要員数(人)		※								
適否		※									
サービス提供に必要な場所の合計床面積				基準上の必要数値	適否						
	m ²			※	m ² 以上		※				
主な揭示事項	定員	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
	営業時間	備考									
	利用料	法定代理受領分	鹿児島市長が定める基準のとおり								
		法定代理受領分以外	鹿児島市長が定める基準のとおり								
	その他の費用										
	通常の事業の実施地域	①	②		③		④		⑤		
備考											

(注意) 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間については、別紙1に記入し、添付してください。

3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。