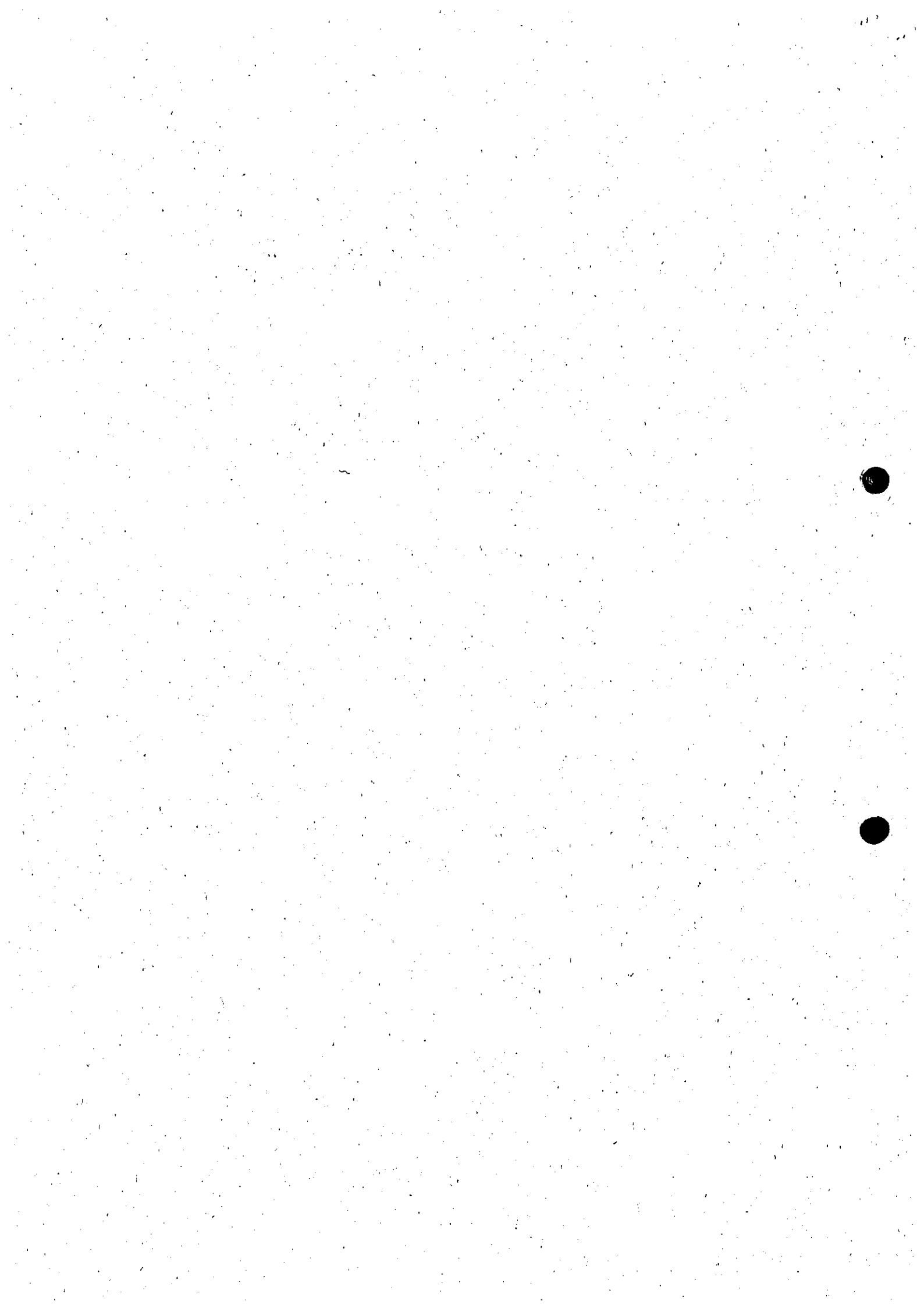


神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会

第42回「地域密着型サービス運営委員会」

資料1

神戸市地域密着型サービス事業所の指定について



議題 1

神戸市地域密着型サービス事業所の指定について

令和元年11月1日から令和2年3月1日指定までの申請があった事業所は11事業所です。

(1) 申請事業所数

	認知症対応型 共同生活介護 (予防含む)	地域密着型介 護老人福祉施 設入所者生活 介護	小規模多機能 型居宅介護 (予防含む)	看護小規模多 機能型居宅介 護	認知症対応型 通所介護 (予防含む)	地域密着型 通所介護	定期巡回・随 時対応型訪問 介護看護
事業所数	1	1	1	1	1	6	0

(2) 申請事業所・施設

①認知症対応型共同生活介護 (1事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
11月1日	グループホーム ころろあい林山	株式会社 フィールド	長田区林山町	

②地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (1事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
1月1日	特別養護老人ホームうみのほしルルド	社会福祉法人神戸海星会	東灘区魚崎西町	

③小規模多機能型居宅介護 (1事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
3月1日	小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵福田	社会福祉法人博愛福祉会	垂水区福田	

④看護小規模多機能型居宅介護 (1事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
1月1日	うみのほしルルド看護小規模多機能	社会福祉法人神戸海星会	東灘区魚崎西町	

⑤認知症対応型通所介護 (1事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
2月1日	サフィニアデイサービス	サフィニア株式会社	西区玉津町	

⑥地域密着型通所介護 (6事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
11月1日	はるいろデイサービス国玉通	合同会社はるいろ	灘区国玉通	六甲塚那あんしんすこやかセンター
2月1日	機能訓練型デイ リハビット	株式会社K2ブレイス	須磨区青葉町	たかとりあんしんすこやかセンター
2月1日	レコードブック兵庫駅前	ミヤコ電子株式会社	兵庫区入江通	キャナルタウン あんしんすこやかセンター
2月1日	デイサービスセンター 紬	株式会社ゆうの縁	垂水区神陵台	神陵台あんしんすこやかセンター
3月1日	レコードブック神戸常盤	株式会社Triple Five Corporation	須磨区常盤町	たかとりあんしんすこやかセンター
3月1日	リハフィットネス THREE TREES	株式会社THREE TREES	中央区神若通	春日野あんしんすこやかセンター

付表4 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に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	グループホーム ココロアイハヤシヤマ					
	名称	グループホーム こころあい林山					
	所在地	(郵便番号 653-0861) 兵庫県神戸市長田区林山町17-1					
		コウベシナガタクハヤシヤマ					
連絡先	電話番号	078-621-7750	FAX番号 078-621-7751				
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2条第3項第3号及び第2条第6項第3号				
管理者	フリガナ		住所 〒				
	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)		計画作成担当				
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						
共同生活住居数	3 戸	①	②	③	平均居室面積 7.87㎡ (有効面積) 居間 食堂面積 47.7㎡		
利用者数(推定数を記入)	27 人	9人	9人	9人			
従業者の職種・員数	介護従業者		介護従業者			介護従業者	
	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務
常勤(人)	6	2	5	1		5	1
非常勤(人)	3(0.7)		3(1.3)			3(1.3)	
常勤換算後の人数(人)	8.9		7.34			7.34	
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
主な揭示事項	居室数	9室 (うち個室 9室)	9室 (うち個室 9室)	9室 (うち個室 9室)	敷金	0円	
	利用定員	9人		9人	家賃	82,000円	
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)	介護報酬告知上の額	介護報酬告知上の額	介護報酬告知上の額	食材料費	1,580円(1日)
		法定代理受領分以外	介護報酬告知上の額	介護報酬告知上の額	介護報酬告知上の額	共益費	10,000円
	その他の費用	運営規程の定める通り	運営規程の定める通り	運営規程の定める通り	光熱水費	22,000円	
協力医療	名称	医療法人社団 鈴木診療所		主な診療科名	内科・胃腸科・リハビリテーション科		
	名称	おおがま歯科		主な診療科名	歯科		
耐火構造物、準耐火構造物等の別							
運営推進会議の有無			(有) 無				
添付書類			別添のとおり				

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 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様に記載した書類を添付してください。
 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 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。

付表3-1 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に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	ショウキボタキノウガタキョタクカイゴ ユトリアンフクダ					
	名称	小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵福田					
	所在地	(郵便番号 655-0013) 兵庫県 神戸市 垂水区福田2丁目2番23号					
	連絡先	電話番号	078-704-6080	FAX番号	078-704-6081		
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 1条第 2項
併設施設等	種別	名称			事業所番号		
管理者	フリガナ	(郵便番号)					
	氏名	住所					
	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)					計画作成担当者	
	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	兼務する職種及び勤務時間等		事業所番号		
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				15人			
登録定員	29人	通いサービスの利用定員		18人	宿泊サービスの利用定員		9人
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)		11		1		1	(兼任者)
非常勤(人)		3	(1,45)	1	(0,25)		
常勤換算後の人数(人)		12.5					
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別			耐火構造物			
	居間及び食堂の合計面積		54.57㎡	基準上の必要面積		㎡以上	適合の可否
	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	基準上の必要数値	㎡以上
主な揭示事項	営業日	365日					
	営業時間	24時間					
	登録定員	29人					
	通いサービスの利用定員	18人					
	宿泊サービスの利用定員	9人					
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)					個室面積
		法定代理受領分以外					772㎡×8室 +760㎡×1室
	食事の提供に要する費用	朝食:200円 昼食:400円 夕食:400円					
	宿泊に要する費用	2,500円					
	通常の事業実施地域	垂水区 須磨区多井畑南町					
療協力医	名称	高橋クリニック		主な診療科名	消化器内科・外科		
	名称	舞子坂ファミリー歯科		主な診療科名	歯科		
運営推進会議の有無			有・無				
添付書類		別添のとおり					

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
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様に記載した書類を添付してください。

付表8-1 複合型サービス事業所 (看護小規模多機能型居宅介護)

受付番号

事業所	フリガナ	ウミノホシルルドカンゴショウキボタキノウ									
	名称	うみのほシルルド看護小規模多機能									
	所在地	(郵便番号 658-0026) 神戸市東灘区魚崎西町一丁目7番14号									
	連絡先	電話番号	078-822-0310		FAX番号	078-822-0311					
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						
併設施設等	サービス種別	地域密着サービス		名称	地域密着型特別養護老人ホーム		事業所番号				
事業所の種類		病院・診療所・ <u>その他</u>			訪問看護事業所としての指定		有・ <u>無</u>				
管理者	フリガナ	(郵便番号)									
	氏名	住所									
	資格	介護福祉士									
	当該複合型サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					介護従業者					
	併設する施設等の従業者としての職務に従事する場合		名称			事業所番号					
		従事する職種及び勤務時間等									
通いサービスの利用者数(推定数を記入)					6人						
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者のうち看護職員		看護職員のうち保健師・看護師		介護支援専門員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)		8	1	1		1			1		
非常勤(人)		3(1.93)		3(1.83)		2(0.89)					
常勤換算後の人数(人)		10.83		2.83							
基準上の必要人数(人)											
適合の可否											
建物概要	<u>耐火建築物</u>		準耐火建築物・その他		居間及び食堂の合計面積		74.36㎡		適合の可否		
	個室の宿泊室	9室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室		0室	個室以外の宿泊室の合計面積		0㎡			
	基準上の必要数値		㎡以上		適合の可否						
主な揭示事項	営業日及び休日		365日営業								
	営業時間		24時間営業								
	登録定員		29人								
	通いサービスの利用定員		18人								
	宿泊サービスの利用定員		9人								
	利用料	法定代理受領分(割負担)		介護報酬告示上の額とする							
		法定代理受領分以外		"							
	食事の提供に要する費用		<u>朝</u>		<u>昼</u>		<u>夕</u>		朝 300円 昼 750円 おやつ 150円 夕 750円		
	宿泊に要する費用		3,000円								
通常の事業実施地域		別紙参照									
協力医療機関	名称	神戸海星病院			主な診療科名	内科・整形外科・皮膚科・外科・眼科・精神科・耳鼻科・婦人科・泌尿器科					
	名称	松田歯科医院			主な診療科名	歯科					
運営推進会議の有無		<u>有</u> ・無									
添付書類		別添のとおり									

付表 2-1 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に係る記載事項（単独型）

受付番号

事業所	フリガナ	サフィニアデイサービス				
	名称	サフィニアデイサービス				
	所在地	(郵便番号 651-2128) 兵庫県 神戸市西区玉津町今津 128-2				
	連絡先	電話番号	078-965-9889	FAX 番号	078-965-6993	
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 2 条第 4、5 項第 2. 1 号			
併設事業所の種別、名称			事業所番号			
管理者	フリガナ	(郵便番号)				
	氏名	住所				
	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)			生活相談員		
	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)	名称	事業所番号			
兼務する職種 及び勤務時間等						
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	
常勤(人)		1		1		
非常勤(人)		1	1(0.2)	3(1.3)	2(0.6)	
基準上の必要人員(人)						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否		
30,498 m ²			m ² 以上			
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日：月曜日～土曜日(12/30～1/3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) (① 9:00～17:00 ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	10人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
	利用料	介護報酬告示上の額				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用	600円				
通常の事業実施地域	別添のとおり					
添付書類		別添のとおり				

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人員」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 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様に記載した書類を添付してください。
- 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 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。

(実施地域一覧)

神戸市西区：玉津町今津・玉津町高津橋・玉津町西河原・玉津町新方・玉津町上池・玉津町
ニツ屋・ニツ屋・玉津町出合・玉津町居住・玉津町森友・森友・玉津町吉田・
枝吉・曙町・王塚台・中野丸塚・小山・長畑待・天が岡・宮下・平野町中津・
平野町大野・平野町芝崎・平野町福中・平野町下村・平野町向井・平野町慶明・
平野町宮前・平野町大畑・平野町繁田・平野町堅田・平野町黒田・平野町常本・
平野町西戸田・平野町印路・押部谷町和田・押部谷町養田・押部谷町高和・押
部谷町尾近江・桜ヶ丘西町・桜ヶ丘中町・桜ヶ丘東町・秋葉台・押部谷町木見
高塚台・美賀多台・春日台・樫野台・糍台・狩場台・榎谷町寺谷・榎谷町友清・
榎谷町福谷・榎谷町池谷・榎谷町長谷・榎谷町枋木・榎谷町谷口・榎谷町松本
玉津町水谷・水谷・白水・天王山・伊川谷町潤和・伊川谷町有瀬・伊川谷町別
府・南別府・北別府・今寺・大津和・池上・伊川谷町上脇・伊川谷町別府・伊
川谷町長坂・伊川谷町小寺・前開南町・伊川谷町井吹・伊川谷町前開・伊川谷
町布施畑・室谷・井吹台東町・井吹台北町・井吹台西町・学園西町・学園東町

神戸市垂水区：狩口台・南多聞台・神陵台・西脇・多聞台・舞多聞西・小束台・多聞町・小
束山手・神和台・小束山・小束山本町・舞多聞東・本多聞・学が丘・清水が丘・
舞子坂・西舞子

神戸市須磨区：弥栄台・緑台・西落合・神の谷

所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ハルイロデイサービスクニタマドオリ						
	名称	はるいろデイサービス国玉通						
	所在地	((郵便番号 657-0816) 兵庫県神戸市灘区国玉通3丁目1番13号						
	連絡先	電話番号	078-862-9390	FAX番号	078-862-9392			
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2条第 項第 2、3号					
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください								
当該事業所に 係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者			
管理者	フリガナ	(郵便番号)						
	氏名	住所						
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種	生活相談員						
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者として の職務に従事する場合	名称・サービス						
	従事する職種及 び勤務時間等							
従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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)		1	2					
非常勤(人)			2 (0.3)		1 (0.1)			1 (0.1)
適合の可否								
食堂及び機能訓練室の合計 面積	33.72 m ²				基準上の必要数値	適合の可否		
主な 揭示 事項	単位数: 1 単位	営業日及び休日	月曜日から土曜日まで営業 但し日曜日、8/13-15 12/31-1/1を除く					
	単位が複数ある場 合は「付表 6-1 別 紙」に記入	営業時間	8:15 ~ 17:15					
		サービス提供時間(送迎 時間を除く)	8:30 ~ 17:00 (8時間30分)					
		利用定員	10人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬告示上の額または神戸市が定める額					
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額または神戸市が定める額					
その他の費用		別添運営規程に定める料金のとおり						
通常の事業実施地域	神戸市東灘区、灘区、中央区(兼合地区(詳細別紙))							

備考

- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別

通常事業の実施地域

中央区（旧葺合地区）の詳細は以下の地域とする

旭通、吾妻通、生田町、磯上通、磯辺通、小野柄通、小野浜町、籠池通、上筒井通、神若通、北本町通、国香通、雲井通、熊内町、熊内橋通、琴ノ緒町、御幸通、坂口通、東雲通、神仙寺通、大日通、筒井町、中尾町、中島通、二宮町、布引町、野崎通、旗塚通、八幡通、浜辺通、日暮通、葺合町、真砂通、南本町通、宮本通、八雲通、若菜通、脇浜海岸通、脇浜町、割塚通

所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	キノウケンレンガタデイ リハビリット							
	名称	機能訓練型デイ リハビリット							
	所在地	(郵便番号 654-0038) 神戸市須磨区青葉町 2 丁目 1-25 1F							
	連絡先	電話番号	078-647-7398		FAX 番号	078-647-7399			
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 2 条第 項第 1・6 号				
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管理者	フリガナ			(郵便番号)					
	氏名			住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			機能訓練指導員					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合		名称・サービス 従事する職種及び勤務時間等						
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)		1	0	2	0	0	0	0	1
非常勤(人)		0	0	1 (0.4)	0	2 (0.3)	0	2 (0.6)	0
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		68.74 m ²				基準上の必要数値 以上		適合の可否	
主な揭示事項	単位数: 2 単位	営業日及び休日	月曜日～金曜日 12/30～1/3 を除く						
	単位数が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間	8:30 ~ 17:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	9:15 ~ 16:45						
		利用定員	18 人						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬告示の額・神戸市の定める額 /						
		法定代理受領分以外	介護報酬告示の額・神戸市の定める額 /						
		その他の費用	運営規定のとおり /						
通常の事業実施地域		須磨区、長田区							

備考

- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

付表 6-1 別紙

地域密着型通所介護

介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単位	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)	1	0	0	0	2	0	0	1	
	非常勤(人)	0	0	2	0	1	0	2	0	
	適合の可否									
	営業日	月曜日～金曜日 12/30～1/3を除く								
	営業時間	8:30 ~ 17:30								
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:15 ~ 12:30								
	定員	18人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		68.74㎡		
② 単位	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)	1	0	0	0	2	0	0	1	
	非常勤(人)	0	0	2	0	1	0	2	0	
	適合の可否									
	営業日	月曜日～金曜日 12/30～1/3を除く								
	営業時間	8:30 ~ 17:30								
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:30 ~ 16:45								
	定員	18人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		68.74㎡		
③ 単位	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)									
	適合の可否									
	営業日									
	営業時間	: ~ :								
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	: ~ :								
	定員	人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		㎡		

所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	レコードブックヒョウゴエキマエ					
	名称	レコードブック兵庫駅前					
	所在地	(郵便番号 652-0894) 兵庫県神戸市兵庫区入江通 3-1-27					
	連絡先	電話番号	078-515-6195		FAX 番号	078-515-6196	
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 2 条第 1 項第 10、13 号			
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください							
当該事業所に係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者		
管理者	フリガナ			(郵便番号)			
	氏名			住所			
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合	名称・サービス		従事する職種及び勤務時間等			
従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		機能訓練指導員
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
常勤(人)	1		1				
非常勤(人)					1(α)		1(α)
適合の可否							
食堂及び機能訓練室の合計面積			64.36㎡		基準上の必要数値		適合の可否
					㎡以上		
主な揭示事項	単位数: 2 単位	営業日及び休日	月曜日～金曜日(土日及び12月30日～1月3日は休日)				
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間	8:00 ~ 17:30 /				
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	9:00 ~ 17:00				
		利用定員	10 人 /				
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬告示上の額(負担割合証の割合に準ずる) 総合事業においては神戸市の定める額				
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額 総合事業においては神戸市の定める額				
		その他の費用	運営規程のとおり				
通常の事業実施地域	神戸市兵庫区、長田区(市道山麓線の以北を除く)						

備考

- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単 位	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)	1				1			
	非常勤(人)			1				1	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日(12月30日～1月3日を除く)							
	営業時間	8:00		～		17:30			
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00		～		12:15			
	定員			10人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		64.36㎡	
② 単 位	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)	1				1			
	非常勤(人)			1				1	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日(12月30日～1月3日を除く)							
	営業時間	8:00		～		17:30			
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:45		～		17:00			
	定員			10人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		64.36㎡	
③ 単 位	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)								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	～							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	～							
	定員			人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		㎡	

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

事業

事業所	フリガナ	デイサービスセンターツムギ								
	名称	デイサービスセンター軸								
	所在地	(郵便番号 655 - 0041) 神戸市垂水区神陵台 7-丁目 3-10								
	連絡先	電話番号	078-742-7761	FAX 番号	078-742-7762					
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 2 条第 6 項、第 2 条第 14 項						
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください										
当該事業所に 係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者					
管理者	フリガナ			(郵便番号)						
	氏名	住所								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			生活相談員						
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合		名称・サービス							
		従事する職種及 び勤務時間等								
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)		1	1	2						
非常勤(人)				2 (0.5)		2 (0.5)		2 (0.5)		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計 面積		45,395 m ²				基準上の必要数値		適合の可否		
主な揭示事項	単位数: 3 単位	営業日及び休日		(営業日) 月・火・木・金・土 (休日) 水・日 1/1~1/3						
	単位数が複数ある場 合は「付表 6-1 別 紙」に記入	営業時間		8:30~17:30						
		サービス提供時間(送迎 時間を除く)		9:00~17:00						
		利用定員		15人						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			介護報酬告示上の額					
		法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額					
		その他の費用			運営規定通り					
通常の事業実施地域				神戸市						

- 備考
- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 - 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別

従業員の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

付表 6-1 別紙

地域密着型通所介護

事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単位	従業員の職種・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)	1			1	2			1	
	非常勤(人)			1(0.3)				1(0.3)		
	適合の可否									
	営業日	(営業日) 月・火・木・金・土 (休日) 水・日、1/1~1/3								
	営業時間	8:30 ~ 13:00								
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00 ~ 12:00								
	定員	10人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		45,395㎡		
② 単位	従業員の職種・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)	1				2				
	非常勤(人)			1(0.3)				1(0.3)		
	適合の可否									
	営業日	(営業日) 月・火・木・金・土 (休日) 水・日、1/1~1/3								
	営業時間	13:30 ~ 17:30								
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	14:00 ~ 17:00								
	定員	10人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		45,395㎡		
③ 単位	従業員の職種・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)		1							
	非常勤(人)			1(0.1)		2(1)	1	1(0.3)		
	適合の可否									
	営業日	(営業日) 月・火・木・金・土 (休日) 水・日、1/1~1/3を除く								
	営業時間	8:30 ~ 17:30								
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00 ~ 17:00								
	定員	5人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		45,395㎡		

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

介護予防通所サービス事業

事業所	フリガナ	レコードブックコウベトキワ							
	名称	レコードブック神戸常盤							
	所在地	(郵便番号 654-0028) 神戸市須磨区常盤町 2 丁目 3-7							
	連絡先	電話番号	078-742-7893		FAX 番号	078-742-7894			
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 2 条第 1 項第 13、15 号					
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に 係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管理者	フリガナ			(郵便番号)					
	氏名	住所							
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			生活相談員					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合		名称・サービス 従事する職種及 び勤務時間等						
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)			1	1					
非常勤(人)						1(0)		1(0)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計 面積		59.90 m ²				基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否	
主な 揭示 事項	単位数：2 単位		営業日及び休日		月曜日～金曜日(土日及び12月30日～1月3日は休日)				
	単位が複数ある場 合は「付表 6-1 別 紙」に記入		営業時間		8:00 ~ 17:30				
			サービス提供時間(送迎 時間を除く)		9:00 ~ 17:00				
			利用定員		10 人				
	利用料		法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示上の額(負担割合証の割合に準ずる) 総合事業においては神戸市の定める額				
			法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額 総合事業においては神戸市の定める額				
			その他の費用		運営規程のとおり				
通常の事業実施地域		神戸市須磨区							

- 備考
- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 - 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単位	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)		1			1			
	非常勤(人)			1	(0.1)			1	(0.1)
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日(12月30日～1月3日を除く)							
	営業時間	8:00 ~ 17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00 ~ 12:15							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		59.90 m ²		
② 単位	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)		1			1			
	非常勤(人)			1	(0.1)			1	(0.1)
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日(12月30日～1月3日を除く)							
	営業時間	8:00 ~ 17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:45 ~ 17:00							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		59.90 m ²		
③ 単位	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)								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	: ~ :							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	: ~ :							
	定員			人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²		

所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	リハフィットネス スリーツリーズ							
	名称	リハフィットネス THREE TREES							
	所在地	(郵便番号 651 -0067) 神戸市 中央区 神若通 1-1-3							
	連絡先	電話番号	078-221-0888		FAX 番号	078-221-0889			
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 2 条 第 4, 6 号				
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管理者	フリガナ			(郵便番号)					
	氏名			住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			機能訓練指導員					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合		名称・サービス						
		従事する職種及び勤務時間等							
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)		1							1
非常勤(人)				2	(1.0)				1(0.2)
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				49.2 m ²		基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否	
主な揭示事項	単位数: 2 単位	営業日及び休日		月、火、木、金、土、日 12/30-1/3 を除く					
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:30~17:15					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00~12:00 13:30-16:30					
		利用定員		10 人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示の上、神戸市が定める額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示の上、神戸市が定める額					
その他の費用		運営規定の通り							
通常の事業実施地域		神戸市中央区、灘区							

備考

- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単位	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)	1							1
	非常勤(人)					2 (1.0)		1 (0.2)	
	適合の可否								
	営業日	月、火、金、土、日							
	営業時間	8 : 30 ~ 12 : 30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9 : 00 ~ 12 : 00							
	定員	10人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		49.2 m ²	
② 単位	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)	1							1
	非常勤(人)					2 (1.0)		1 (0.2)	
	適合の可否								
	営業日	月、木、金							
	営業時間	13 : 15 ~ 17 : 15							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13 : 30 ~ 16 : 30							
	定員	10人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		49.2 m ²	
③ 単位	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)								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	~							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	~							
	定員	人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²	

付表4 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
【基準】

受付番号 XXXXXXXXXX

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	住宅地または住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域					
	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	常勤					
	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)			従業者と兼務可			
	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	同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務と兼務可		事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等		-----			
共同生活住居数	3ユニット以下	① ユニット	② ユニット	居室面積			
利用者数(推定数を記入)	人	人	人	7.43㎡以上			
従業者の職種・員数		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
常勤(人)		利用者3人に対して1人以上(日中時間帯)		利用者3人に対して1人以上(日中時間帯)		1人以上(ユニット毎に配置)	居間・食堂面積
非常勤(人)		+		+		他職種と兼務可	
非常勤(人)		夜間1人以上		夜間1人以上			利用者及び介護従業者が一堂に会するのに十分な広さ
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
適合の可否		常勤1人以上					
主な揭示事項	居室数				敷金	家賃の6カ月分まで	
	利用定員		5人以上9人以下	5人以上9人以下	家賃		
	利用料	法定代理受領分			食材料費		
		法定代理受領分以外			共益費		
その他の費用				光熱水費			
機 関 協 力 医 療	名称	近距離にあることが望ましい		主な診療科名			
	名称			主な診療科名			
耐火構造物、準耐火構造物等の別							
運営推進会議の有無		有		無			
添付書類		別添のどおり					

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（ユニット型）【基準】

受付番号

施設	名称					
	所在地	郵便番号	県	都市		
	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・省附行為等の条文 第 条第 項第 号					
管理者	氏名	常勤	住所	郵便番号		
	生年月日					
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称	兼務する職種及び勤務時間等	兼務可		
	事業所番号					
	本体施設の有無	有 無				
	併設事業所の有無	有 無	併設事業所の名称、定員			
	短期入所生活介護の実施の有無	有 無	事業の実施形態	空床型 併設型		
	入居者数（推定数を記入）	人	短期入所利用者数（併設型の場合）	人（推定数を記入）		
	従業者の職種・員数		医師	生活相談員	介護職員	看護職員
			専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数		1人以上	常勤1人以上	(昼間)常時1人以上(ユニットごと) +(夜間)1人以上(2ユニットごと)		
常勤換算後の人数(人)				常勤1人以上(ユニットごと)	常勤1人以上	
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
		栄養士	機能訓練指導員	介護支援専門員	栄養士を配置しない場合の措置	
		専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数		1人以上	1人以上	常勤1人以上		
常勤換算後の人数(人)			他職種と兼務可	他職種と兼務可		
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
設備基準上の数値記載項目等		地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護		
		基準上の必要値	適合の有無	基準上の必要値	適合の有無	
居室	1室の最大定員	1人		人	人以下	
	入所者1人あたりの最小床面積	10.65㎡以上		㎡	㎡	
食堂と機能訓練室の合計面積		2㎡以上/人		㎡	㎡	
廊下	片廊下の幅	1.5m以上		mm	mm	
	中廊下の幅	1.8m以上		mm	mm	
主な揭示事項						
入所(利用)定員		29人以下(10人以下/ユニット)			人	
利用	法定代理受領分					
	法定代理受領分以外					
その他の費用						
協力医	名称	近距離にあることが望ましい		主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
運営推進会議の有無		有 無				
添付書類		別添のとおり				

付表3-1 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 【基準】

受付番号 XXXXXXXXXX

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地		(郵便番号) 住宅地または住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域						
	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									
併設施設等	種別	名称	事業所番号						
管理者	フリガナ			(郵便番号)					
	氏名	常勤	住所						
	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)			従業者と兼務可					
	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	併設施設等の職務と兼務可					
		兼務する職種及び勤務時間等							
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)									
登録定員	29人以下	通いサービスの利用定員	18人以下	宿泊サービスの利用定員	9人以下				
従業者の職種・員数		介護従業者 (介護+看護)		うち看護職員		介護支援専門員			
		専従		兼務		専従		兼務	
		常勤 (人)		通い利用者3人に対して1人以上 (日中時間帯) + 訪問サービス1人以上 (日中時間帯) + 夜勤・宅直 各1人以上 常勤1人以上		1人以上		1人以上 他職種と兼務可	
		非常勤 (人)							
		常勤換算後の人数 (人)							
基準上の必要人数 (人)									
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別								
	居間及び食堂の合計面積		適切な広さ (通い定員が15人超の場合は3㎡/人)						
	個室以外の宿泊室の合計面積	7.43㎡ × 人数	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	プライバシーが確保されていれば個室以外の宿泊室を設置可				
主な揭示事項	営業日		365日						
	営業時間		24時間						
	登録定員		29人以下						
	通いサービスの利用定員		登録定員の1/2から18人まで						
	宿泊サービスの利用定員		通いサービスの利用定員の1/3から9人まで						
	利用料		法定代理受領分 法定代理受領分以外						
	食事の提供に要する費用		食材料費及び調理にかかる費用相当額						
	宿泊に要する費用		室料及び光熱水費相当額						
	通常の事業実施地域								
協力医療機関	名称	近距離にあることが望ましい		主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
運営推進会議の有無		有 無							
添付書類		別添のとおり							

付表8-1 複合型サービス事業所(看護小規模多機能型居宅介護)【基準】

受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	住宅地または住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域								
	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			
併設施設等	サービス種別	名称		事業所番号						
事業所の種類	病院・診療所・その他			訪問看護事業所としての指定		併せて指定を受けることが可能				
管理者	フリガナ			郵便番号						
	氏名	常勤		住所						
	資格									
	当該複合型サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				従業者と兼務可					
併設する施設等の従業者としての職務に従事する場合		名称			事業所番号					
		従事する職種及び勤務時間等		併設施設等の職務と兼務可						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)										
従業者の職種・員数		介護従業者(介護+看護)		介護従業者のうち看護職員		看護職員のうち保健師・看護師		介護支援専門員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)		通い利用者3人に対して1人以上(日中時間帯) + 訪問サービス2人以上(日中時間帯) + 夜勤・宅直 各1人以上 ※サテライトは配置しないことも可		常勤換算2.5人以上(通いサービス及び訪問サービスに各1人以上) ※サテライトは常勤換算1人以上		常勤1人以上 ※サテライトは常勤換算1人以上		1人以上 他職種と兼務可		
非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
適合の可否										
建物	耐火建築物・準耐火建築物・その他			居間及び食堂の合計面積		適切な広さ(通い定員が15人超の場合は3㎡/人)				
構造概要	個室の宿泊室	9室以下	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室	医療機関の場合は6.4㎡/人		個室以外の宿泊室の合計面積		7.43㎡×人数		
	基準上の必要数値		7.43㎡以上		適合の可否					
主な指示事項	営業日及び休日		365日							
	営業時間		24時間							
	登録定員		29人以下(※サテライトは18人以下)							
	通いサービスの利用定員		登録定員の1/2から18人まで(※サテライトは1/2から12人まで)							
	宿泊サービスの利用定員		通いサービスの利用定員の1/3から9人まで(※サテライトは1/3から6人まで)							
	利用料	法定代理受領分								
		法定代理受領分以外								
	食事の提供に要する費用		食材料費及び調理にかかる費用相当額							
	宿泊に要する費用		室料及び光熱水費相当額							
	通常の事業実施地域									
協力医療機関	名称	近距離にあることが望ましい			主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
運営推進会議の有無		有・無								

付表2-1 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護（単独型・併設型）
【基準】

受付番号 XXXXXXXXXX

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市					
	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	
併設事業所の種別、名称					事業所番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名	常勤					
	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)				従業者と兼務可		
	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	同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務と兼務 可				
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		
常勤(人)		提供時間帯を 通じて 1人以上	提供時間帯を通じて 単位ごとに2人以上 内1人は常時従事 常勤1人以上		1人以上 他職種と兼務 可		
非常勤(人)							
		常勤1人以上					
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値		適合の可否		
3㎡以上/人			㎡以上				
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (1) (2) (3)					
	利用定員	単位ごとに12人以下(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)					
	利用料	法定代理受領分					
		法定代理受領分以外					
	食事の提供に要する費用	食材料費及び調理に係る費用に相当する額					
	通常の事業実施地域						
添付書類	別添のとおり						

付表 6-1 地域密着型通所介護 【基準】

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 神戸市 区							
	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	常勤		住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			従業者との兼務可					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合		名称・サービス	従事する職種及び勤務時間等					同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務と兼務可
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)		提供時間帯を通じて1人以上		提供時間帯を通じて利用者15人に対して1人以上 + 利用者が5人増加するごとに1人以上		日ごとに1人以上 (利用定員10人以下の場合は配置不要)		1人以上 他職種と兼務可	
非常勤(人)									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		3㎡以上/人				基準上の必要数値 m以上		適合の可否	
主な揭示事項	単位数	単位	営業日及び休日						
	単位が複数ある場合は「付表 9-1 別紙」に記入		営業時間						
			サービス提供時間(送迎時間を除く)						
			利用定員		人				
	利用料	法定代理受領分							
		法定代理受領分以外							
その他の費用									
通常の事業実施地域									