

神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会

第45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4年4月1日から令和5年3月1日に指定した事業所は31事業所です。

(1) 申請事業所数

	認知症対応型 共同生活介護	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	看護小規模 多機能型 居宅介護	認知症対応型 通所介護	地域密着型 通所介護	定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護	夜間対応型 訪問介護
事業所数	7	0	1	3	2	17	1	0

(2) 申請事業所・施設

①認知症対応型共同生活介護（7事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所
R4. 6. 1	モンファミーユ白川台	社会医療法人社団正峰会	須磨区白川台
R4. 6. 1	モンファミーユ伊川谷	社会医療法人社団正峰会	西区伊川谷町有瀬
R4. 9. 1	グループホームたのしい家伊川谷潤和	株式会社ケア21	西区伊川谷町潤和
R4. 11. 1	グループホーム こころあい王子公園	株式会社フィールド	灘区高尾通
R4. 12. 1	グループホーム紫陽花	株式会社ニッコー・ケイサービス みかげ倶楽部	東灘区住吉山手
R4. 12. 1	芦屋グループホーム華	有限会社アクシル	西区玉津町新方
R5. 1. 1	グループホーム ひなたぼっこ	株式会社ジョブステート	西区押部谷町福住

②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
R4. 6. 1	小規模多機能ホームゆうゆう玉津	社会医療法人社団正峰会	西区丸塚

③看護小規模多機能型居宅介護（3事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所
R4. 4. 1	看護小規模多機能型居宅介護 伊川谷すみれハウス	アイビーメディカル株式会社	西区白水
R4. 12. 1	みかげ倶楽部	株式会社ニッコー・ケイサービス みかげ倶楽部	東灘区住吉山手
R5. 3. 1	看護小規模多機能ホームなるこ	社会福祉法人あすか福祉会	北区鳴子

④認知症対応型通所介護（2事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所
R4. 9. 1	くつろぎの家エルフ・神陵台	株式会社エルフ	垂水区西脇
R4. 12. 1	愛の園デイサービスひだまり (予防のみ)	社会福祉法人ぶどうの枝福祉会	須磨区妙法寺

⑤地域密着型通所介護（17事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所
R4. 4. 1	デイサービススイッチオン神戸御影	株式会社スイッチオンサービス	東灘区御影本町
R4. 4. 1	デイサービス フルール	合同会社幸岳	東灘区御影石町
R4. 4. 1	歩くリハビリデイサービスさんぼ	株式会社ココカラファインヘルスケア	垂水区舞子台
R4. 5. 1	平野デイサービスセンターここび	株式会社らくわ	兵庫区平野町
R4. 6. 1	リハデイ Gs さん舞子神港園	社会福祉法人神港園	垂水区舞子台
R4. 6. 1	ハーブテラス星が丘	株式会社ゆうの縁	垂水区星が丘
R4. 8. 1	リハビリデイサービス やしの木	株式会社PRIMEVISION	北区若葉台
R4. 9. 1	手しごとデイサービス タブリエ	社会福祉法人神戸海星会	灘区曾和町
R4. 9. 1	デイサービスmsカンパニー	株式会社テイクエムズ	須磨区磯馴町
R4. 9. 1	デイサービスなご夢	合同会社lively	北区菖蒲が丘
R4. 10. 1	垂水デイサービスセンター 彩樹の家	株式会社イーノ	垂水区御霊町
R5. 1. 1	nonデイサービス	non合同会社	灘区福住通
R5. 1. 1	あんしんリハケアEデイ新長田	クロストリップ合同会社	長田区日吉町
R5. 1. 1	歩くリハビリデイサービスさんぼ	株式会社ファインケア	垂水区舞子台
R5. 2. 1	アースサポート神戸灘	アースサポート株式会社	灘区將軍通
R5. 3. 1	桜とさくら。神戸すずらん台	桜とさくら株式会社	北区山田町小部
R5. 3. 1	宅老所 笑夢	株式会社ウィスツリー	西区持子

⑥定期巡回・随時対応型訪問介護看護（1事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所
R4. 4. 1	コウダイケアコールセンター灘	コウダイケアサービス株式会社	灘区永手町

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 1179/03

事業所	フリガナ	モンファミリーユシラカワダイ						
	名称	モンファミリーユ白川台						
	所在地	(郵便番号 654-0103) 兵庫県神戸市須磨区白川台3丁目38-2						
	連絡先	電話番号	078-794-8010	FAX番号	078-794-8018			
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5条第1項第47号					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)			
	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)			介護従事者				
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		27戸	①	②				
利用者数(推定数を記入)		27人	9人	9人				
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)		4	1	4	3	2		
非常勤(人)		2	0	3	0			
常勤換算後の人数(人)		5.9		5.47				
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)			
	利用定員		人		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		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		介護報酬告示上の額		
	その他の費用		運営規程記載の通り		運営規程記載の通り			
協力医療機関	名称	神戸大山病院		主な診療科名	内科・外科・整形外科			
	名称	よし歯科医院		主な診療科名	歯科			
耐火構造物、準耐火構造物等の別			準耐火建築物					
運営推進会議の有無			<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	モンファミリーユシラカワダイ			
	名称	モンファミリーユ白川台			
	所在地	(郵便番号 654-0103) 兵庫県神戸市須磨区白川台3丁目38-2			
	連絡先	電話番号	078-794-8010	FAX番号 078-794-8018	
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5条第1項第47号	
管理者	フリガナ			(郵便番号)	
	氏名			住所	
	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)			介護従事者	
	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	27戸	①	②		
利用者数(推定数を記入)	27人	9人	人		
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
	常勤(人)	4	1		1
	非常勤(人)	3	0		
	常勤換算後の人数(人)	5.57			
	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)	室 (うち個室 室)		
	利用定員	人	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	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	介護報酬告示上の額	
	その他の費用	運営規程記載の通り	運営規程記載の通り		
機関協力医療	名称	神戸大山病院	主な診療科名	内科・外科・整形外科	
	名称	よし歯科医院	主な診療科名	歯科	
耐火構造物、準耐火構造物等の別		準耐火建築物			
運営推進会議の有無		有 <input checked="" type="checkbox"/> 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棟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	モンファミーユイカワダニ					
	名称	モンファミーユ伊川谷					
	所在地	(郵便番号 651-2113 ) 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬 230-17					
	連絡先	電話番号	078-978-1201		FAX 番号	078-978-1202	
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5条第1項第46号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号		
	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)				介護従事者		
	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		27戸		①	②		
利用者数(推定数を記入)		27人		9人		9人	
従業者の職種・員数				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)				3	2	4	
非常勤(人)				3	0	3	
常勤換算後の人数(人)				6.6		6.9	
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)		
	利用定員		人		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		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		介護報酬告示上の額	
	その他の費用		運営規定記載の通り		運営規定記載の通り		
機 協 関 力 医 療	名称	神戸大山病院		主な診療科名	内科・外科・整形外科		
	名称	よし歯科医院		主な診療科名	歯科		
耐火構造物、準耐火構造物等の別			準耐火建築物				
運営推進会議の有無			有				
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	モンファミリーユイカワダニ				
	名称	モンファミリーユイ川谷				
	所在地	(郵便番号 651-2113 ) 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬 230-17				
	連絡先	電話番号	078-978-1201		FAX 番号	078-978-1202
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5条第1項第46号		
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号
	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)				介護従事者	
	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	27戸	③				
利用者数(推定数を記入)	27人	9人		人		
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)		4	1			
非常勤(人)		4	0			
常勤換算後の人数(人)		7.0				
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)		室 (うち個室 室)		
	利用定員	人		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	運営規定記載の通り				
協力医療機関	名称	神戸大山病院		主な診療科名	内科・外科・整形外科	
	名称	よし歯科医院		主な診療科名	歯科	
耐火構造物、準耐火構造物等の別			準耐火建築物			
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 11653

事業所	フリガナ	グループホームタノシイエイカワダニジュンナ										
	名称	グループホームたのしい家伊川谷潤和										
	所在地	(郵便番号 651 - 2124 ) 兵庫県神戸市西区伊川谷町潤和 874 番 2										
	連絡先	電話番号	078-976-2721			FAX 番号	078-976-2821					
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(2)(5)号							
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 )						
	氏名				住所							
	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)					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)		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						
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		計画作成担当者		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤 (人)				5		5	1	4	2		3	
非常勤 (人)				3	1	4		4			1	
常勤換算後の人数 (人)				6.1		6.5		6.6				
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)					
	利用定員		9 人		9 人		9 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		介護報酬告示上の額		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		介護報酬告示上の額		介護報酬告示上の額				
	その他の費用		運営規程に定める額		運営規程に定める額		運営規程に定める額					
協力医療機関	名称	医療法人慶春会 みなとクリニック				主な診療科名	内科 他					
	名称	医療法人明仁会 明舞中央病院				主な診療科名	内科 他					
	名称	医療法人薫風会 佐野病院				主な診療科名	内科 他					
	名称	医療法人社団奉志会 西神戸ホームケアクリニック				主な診療科名	内科 他					
	名称	医療法人社団オハナ会 西神中央ファミリー歯科				主な診療科名	歯科					
耐火構造物、準耐火構造物等の別				耐火構造物								
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 ココロアイオウジコウエン			
	名称	グループホーム こころあい王子公園			
	所在地	(郵便番号 657-0813 ) 兵庫県灘区高尾通3丁目1-9			
		コウベシナダクタカオドリ			
連絡先	電話番号	078-801-8720	FAX番号	078-801-8721	
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			(郵便番号)	
	氏名	V	住所	V	
	生年月日	V		V	
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)		介護支援専門員 V		
	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	V	27戸	①	②	
利用者数(推定数を記入)	V	27人	V	V	
従業者の職種・員数		介護従業者		計画作成担当者	
		専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)		6 V	1 V	5 V	1 V
非常勤(人)		3 V		3 V	
常勤換算後の人数(人)		7.6 V		7.6 V	
基準上の必要人数(人)					
適合の可否		V			
主な揭示事項	居室数	V		V	
		(うち個室 9室)		(うち個室 9室)	
	利用定員	V		V	
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬告知上の額	介護報酬告知上の額	
		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	
その他の費用	運営規定の定める通り		運営規定の定める通り		
機関協力医療	名称	かきぎ認知症しあわせクリニック V	主な診療科名	診療内科・精神科・認知症 V	
	名称	かもめ歯科 V	主な診療科名	歯科 V	
耐火構造物、準耐火構造物等の別		木造建築物 V			
運営推進会議の有無		有			
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 ココロアイオウジコウエン					
	名称	グループホーム こころあい王子公園					
	所在地	(郵便番号 657-0813 ) 兵庫県灘区高尾通3丁目1-9					
		コウベシナダクタカオドリ					
連絡先	電話番号	078-801-8720	FAX番号	078-801-8721			
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	(郵便番号 )					
	氏名	住所					
	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)		介護支援専門員				
	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							
共同生活住居数	27戸	③					
利用者数 (推定数を記入)	27人	√ 9人 人					
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)	5	√ 1			3	
	非常勤 (人)	3	√				
	常勤換算後の人数 (人)	7.6		√			
	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)		室、 (うち個室 室)			
	利用定員	√ 9人		人			
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)		介護報酬告知上の額			
		法定代理受領分以外		介護報酬告知上の額			
その他の費用	運営規定の定める通り						
機関協力医療	名称	かきぎ認知症しあわせクリニック		主な診療科名	診療内科・精神科・認知症		
	名称	かもめ歯科		主な診療科名	歯科		
耐火構造物、準耐火構造物等の別		木造建築物					
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	グループホームアジサイ					
	名称	グループホーム紫陽花					
	所在地	(郵便番号 665-0063) 兵庫県神戸市東灘区住吉山手2丁目11番26号					
	連絡先	電話番号	078-811-3434	FAX番号	078-811-3435		
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項第	1号	
管理者	フリガナ	(郵便番号 )					
	氏名	住所					
	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)			介護従事者			
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	18戸	①	②				
利用者数(推定数を記入)	18人	9人	9人				
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)	5	1	4	1	1	
	非常勤(人)	2		4			
	常勤換算後の人数(人)	5.0		5.1			
	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)			
	利用定員	9人		9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		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		介護報酬告示上の額		
その他の費用	運営規定の通り		運営規定の通り				
機関協力医療	名称	おひさまクリニック西宮		主な診療科名	内科		
	名称	森歯科クリニック		主な診療科名	歯科		
耐火構造物、準耐火構造物等の別		耐火構造物					
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	アシヤグループホームハナ				
	名称	芦屋グループホーム華				
	所在地	(郵便番号651-2125) 兵庫県神戸市西区玉津町新方551				
	連絡先	電話番号	078-919-4837	FAX番号	078-919-4835	
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5項			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)	
	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)			介護従事者		
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	2 戸	①	②			
利用者数(推定数を記入)	18 人	9 人	9 人			
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)	2	2	3	1	2
	非常勤(人)	4		4		0
	常勤換算後の人数(人)	4.6		5.2		
	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)		
	利用定員	9人		9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		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		介護報酬告示上の額	
その他の費用	運営規定の通り		運営規定の通り			
協力医療機関	名称	医療法人社団 偕生会 偕生病院		主な診療科名	内科・整形外科	
	名称	フジタ歯科		主な診療科名	歯科	
耐火構造物、準耐火構造物等の別		準耐火構造物				
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	グループホームヒナタボッコ				
	名称	グループホームひなたぼっこ				
	所在地	(郵便番号 651-2213) 兵庫県神戸市西区押部谷町福住 600-1				
	連絡先	電話番号	078-998-4557	FAX 番号 078-998-4558		
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 2 項第 号		
管理者	フリガナ	(郵便番号)				
	氏名	住所				
	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)		介護職			
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	2 戸	①	②			
利用者数 (推定数を記入)	18 人	9 人	9 人			
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)	2	2	2	1	2
	非常勤 (人)	12	0	9	0	
	常勤換算後の人数 (人)	5.0		4.8		
	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)		
	利用定員	9 人		9 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		介護報酬告示の額	
		法定代理受領分以外	介護報酬告示の額		介護報酬告示の額	
その他の費用	運営規程の通り		運営規程の通り			
機関連関	名称	協和病院		主な診療科名	内科・外科・整形外科・消化器外科	
	名称	ありもと歯科クリニック		主な診療科名	歯科	
耐火構造物、準耐火構造物等の別		準耐火木造				
運営推進会議の有無		有		無		
添付書類		別添のとおり				

- 備考
- 「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。
  - 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。
  - 「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。
  - 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ホームユウユウタマツ						
	名称	小規模多機能ホームゆうゆう玉津						
	所在地	(郵便番号 651-2143) 兵庫県神戸市西区丸塚1丁目22-17						
	連絡先	電話番号	078-926-1501	FAX番号	078-928-1612			
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5条第1項第45号	
併設施設等	種別	名称			事業所番号			
管理者	フリガナ	住所			(郵便番号)			
	氏名							
	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)					介護従事者		
	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	事業所番号				
		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)				10人				
登録定員	24人	通いサービスの利用定員		12人	宿泊サービスの利用定員		4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)		6	2	1	0	0	1	
非常勤(人)		7	0	0	0	0	0	
常勤換算後の人数(人)		12.45						
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			木造建築物				
	居間及び食堂の合計面積		29.24㎡	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		0㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		0人	基準上の必要数値	
主な揭示事項	営業日		365日					
	営業時間		通い10:00~17:00、泊まり:17:00~翌10:00、訪問24時間					
	登録定員		24人					
	通いサービスの利用定員		12人					
	宿泊サービスの利用定員		4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					
	食事の提供に要する費用		朝食400円、昼食650円、おやつ100円、夕食800円					
	宿泊に要する費用		部屋代4,000円					
	通常の事業実施地域		神戸市西区					
療協 力機 関医	名称	神戸大山病院		主な診療科名		内科・外科・整形外科		
	名称	よし歯科医院		主な診療科名		歯科		
運営推進会議の有無		有						
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。

付表8-1 複合型サービス事業所の指定に係る事前協議記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	カンゴショウキボタキノウガタキョタクカイゴ イカワダニスミレハウス								
	名称	看護小規模多機能型居宅介護 伊川谷すみれハウス								
	所在地	(郵便番号 651-2129 ) 神戸市西区白水1丁目2-25								
	連絡先	電話番号	078-975-5366		FAX番号	078-975-5377				
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9項					
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		有・ <input checked="" type="radio"/> 無			
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)				介護従事者					
	併設する施設等の従事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)				12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)		5	2	2		1			1	
非常勤(人)		15		1		1				
常勤換算後の人数(人)		14.1								
基準上の必要人数(人)										
適合の可否										
建物概要	準耐火建築物			居間及び食堂の合計面積		46.26㎡		適合の可否		
	個室の宿泊室	6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		年中無休							
	営業時間		24時間							
	登録定員		25人							
	通いサービスの利用定員		15人							
	宿泊サービスの利用定員		6人							
	利用料	法定代理受領分(一部負担分)		神戸市が定める介護報酬告示上の額						
		法定代理受領分以外		神戸市が定める介護報酬告示上の額						
	食事の提供に要する費用		1,680円							
	宿泊に要する費用		3,000円							
	通常の事業実施地域		西区・垂水区・須磨区							
協力医療機関	名称	伊川谷病院			主な診療科名	内科・整形外科・外科				
	名称	神戸ルミナスデンタルクリニック			主な診療科名	歯科				
運営推進会議の有無		<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 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の指定に係る事前協議記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	ミカゲクラブ							
	名称	みかげ倶楽部							
	所在地	(郵便番号 658-0063) 兵庫県神戸市東灘区住吉山手2丁目11番26号							
	連絡先	電話番号	078-811-3380	FAX番号	078-811-3435				
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 第 1 号					
併設施設等	サービス種別	訪問看護 認知症対応型共同生活介護	名称	エイワ訪問看護ステーションみかげ グループホーム紫陽花	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	有				
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)					介護職			
	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	従事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					
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)	11	2	0	2	0	2	0	1
	非常勤(人)	5	0	0	2	0	0	0	0
	常勤換算後の人数(人)	10.8		3.2					
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
建物概要	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		59.65 m <sup>2</sup>		適合の可否	
	個室の宿泊室	9室	うち床面積6.4 m <sup>2</sup> 以上7.43 m <sup>2</sup> 未満の宿泊室	0室	個室以外の宿泊室の合計面積			m <sup>2</sup>	
	基準上の必要数値			m <sup>2</sup> 以上		適合の可否			
主な揭示事項	営業日及び休日		1年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(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					
	食事の提供に要する費用		朝:350円 昼:580円 夕:580円 おやつ:100円						
	宿泊に要する費用		一泊 2600円						
通常の事業実施地域		神戸市内							
協力医療機関	名称	おひさまクリニック西宮			主な診療科名	内科			
	名称	森歯科クリニック			主な診療科名	歯科			
運営推進会議の有無		有							





付表2-2 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（共用型）

受付番号

事業所	フリガナ	カブシキガイシャエルフ クツロギノイエエルフ・シンリョウダイ				
	名称	株式会社エルフ くつろぎの家エルフ・神陵台				
	所在地	(郵便番号 655-0042) 神戸市垂水区西脇1丁目4-9-1				
	連絡先	電話番号	078-784-8902	FAX番号	078-784-8902	
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			
種別	認知症対応型共同生活介護		事業所番号	2890800259		
名称	くつろぎの家エルフ・神陵台		開設年月日	平成26年4月1日		
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		24人		当該事業の利用定員	6人	
管理者	フリガナ					
	氏名			住所	(郵便番号)	
	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)			介護従事者		
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	くつろぎの家エルフ・神陵台	事業所番号	2890800259		
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者、介護従事者				
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)				15		
非常勤(人)			1	1	1	
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		116.29㎡				
主な揭示事項	営業日	月曜日～土曜日(12月31日～1月3日を除く)				
	営業時間	9:30～16:30				
	利用定員	6人				
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用	昼食500円/日、おやつ100円/日				
通常の事業実施地域	神戸市垂水区、西区					
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 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。  
 4 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。  
 5 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。  
 6 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 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・併設型）

受付番号

事業所	フリガナ	アイノソノデイサービスひだまり			
	名称	愛の園デイサービスひだまり			
	所在地	(郵便番号 654-0121) 神戸市須磨区妙法寺字野路山 1053 番			
	連絡先	電話番号	078-741-8750	FA 番号	078-741-8752
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 第 号		
併設事業所の種別、名称		愛の園デイサービスセンター		事業所番号	2870700362
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 )		
	氏名				
	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)				
	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	特別養護老人ホーム愛の園	事業所番号
		兼務する職種 及び勤務時間等	施設長 9:00~18:00		
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			
非常勤(人)		1	2	3	2
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	
37.99 m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup> 以上		
主な揭示事項	営業日	月曜日から土曜日 (ただし、年末年始 12/31~1/3 は除く)			
	営業時間	営業時間 ( 8:45 ~ 17:45 ) サービス提供時間 ( 10:00 ~ 16:15 )			
	利用定員	12 人 (単位ごとの定員① 12人 )			
	利用料	介護報酬告示上の額			
	その他費用	運営規程のとおり			
	食事の提供に要する費用	運営規程のとおり			
	通常の事業実施地域	須磨区、長田区、北区南部 (ひよどり台南町・ひよどり台・ひよどり台北町)			
	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。

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

--	--

事業所	フリガナ	デイサービススイッチオンコウベミカゲ								
	名 称	デイサービススイッチオン神戸御影								
	所在地	(郵便番号 658-0046) 神戸市 東灘区 御影本町 8-1-8								
	連絡先	電話番号	078-855-5968		FAX 番号	078-855-5998				
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7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			住所	(郵便番号)					
	氏 名									
	生年月日									
	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		4		2		2	2	
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積						69.1 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値		適合の可否
								m <sup>2</sup> 以上		
主な揭示事項	単位数： 単位	営業日及び休日		月曜日～土曜日、休日は日曜日及び 12/30～1/3						
	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 ~ 17:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:30 ~ 16:45						
		利用定員		18人						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			介護報酬の告示上の額、市町村が定める額					
		法定代理受領分以外			介護報酬の告示上の額、市町村が定める額					
その他の費用			運営規定に記載のとおり							
通常の事業実施地域				神戸市東灘区、灘区全域						

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービス フルール						
	名称	デイサービス フルール						
	所在地	(郵便番号 658-0045) 神戸市 東灘区 御影石町 2丁目 23番 4号						
	連絡先	電話番号	078-224-2252	FAX 番号	078-224-0555			
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 2項第 3・4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						
	生年月日							
	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)			5				1	
適合の可否								
食堂及び機能訓練室の合計面積	34㎡				基準上の必要数値	適合の可否		
主な揭示事項	単位数: 単位	営業日及び休日	営業日: 月~金 休日: 土日 12/29~1/4					
	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)	9:30 ~ 16:30					
		利用定員	10人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬告示上の額・神戸市の定める額					
法定代理受領分以外		同上						
その他の費用		運営規定のとおり						
通常の事業実施地域	神戸市(東灘区・灘区)							

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	アルクリハビリデイサービス							
	名称	歩くりハビリデイサービスさんぽ							
	所在地	(郵便番号 655 - 0046 ) 神戸市 垂水 区 舞子台 8-5-21							
	連絡先	電話番号	078-787-3737	FAX 番号	078-787-3738				
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 20 項第 18号・19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							
	生年月日								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			生活相談員 介護職					
	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		7		3		3	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		104.73 m <sup>2</sup>				基準上の必要数値 m <sup>2</sup> 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		営業日: 月・火・水・木・金 休日: 土・日・(12/30~1/3)					
	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 ~ 16:35					
		利用定員		18 人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			介護報酬告示上の額・市町村の定める額				
法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額・市町村の定める額						
その他の費用			別途運営規定に定める通り						
通常の事業実施地域		垂水区							

- 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つては、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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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		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		7		3		3	
	適合の可否								
	営業日	営業日：月・火・水・木・金 休日：土・日・(12/30~1/3)							
	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 ~ 12:05							
	定員	18 人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		104.73 m <sup>2</sup>			
② 単位	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		7		3		3	
	適合の可否								
	営業日	営業日：月・火・水・木・金 休日：土・日・(12/30~1/3)							
	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 ~ 16:35							
	定員	18 人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		104.73 m <sup>2</sup>			
③ 単位	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)								
	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 <sup>2</sup>	

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ヒラノデイサービスセンターココビ								
	名称	平野デイサービスセンターココビ								
	所在地	(郵便番号 652 - 0002) 神戸市 兵庫区 平野町 字服山182番4								
	連絡先	電話番号	078-362-2750		FAX番号	078-362-2751				
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 2、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						
	生年月日			✓						
	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	兼務	
常勤(人)		1	✓	1	✓	2	✓			
非常勤(人)				1	✓	1	✓	2	✓	
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		✓ 39.2㎡				基準上の必要数値 ㎡以上		適合の可否		
主な揭示事項	単位数: 単位	営業日及び休日		月曜日～土曜日(但し、12/29～1/3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)		9:00～17:00						
		利用定員		13人 ✓						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			介護報酬の告示上の額・神戸市の定める額					
		法定代理受領分以外			介護報酬の告示上の額・神戸市の定める額					
その他の費用			運営規程の通り							
通常の事業実施地域				神戸市中央区・兵庫区・長田区・北区 ✓						

- 備考
- 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。
  - 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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

	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	
① 単位	常勤(人)	1	1	2						
	非常勤(人)		1	1	1	2		2		
	適合の可否									
	営業日	月曜日～土曜日（但し、12/29～1/3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	13人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		39.2㎡		
	② 単位	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		㎡		
③ 単位		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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

1/168

事業所	フリガナ	リハデイ ジーズ サンマイコシンコウエン								
	名称	リハデイ Gs さん舞子神港園								
	所在地	(郵便番号 655 - 0046 ) 神戸市垂水区舞子台 8 丁目 16 番 神戸市営北舞子住宅第二集会所								
	FAX 番号	電話番号	078-787-5770		FAX 番号	078-787-5771				
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 項第 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					
	生年月日									
	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							
非常勤(人)		1		3		4		5		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積				55.58 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値 m <sup>2</sup> 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		月~金(但し、12/31~1/3 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		: ~ :						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		: ~ :						
		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・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・神戸市の定める額					
その他の費用			別紙運営規程の通り							
通常の事業実施地域		神戸市垂水区北舞子、東舞子、西舞子、舞子台、舞子坂、狩口台、南多聞台、西脇、本多聞、学が丘、多聞台、五色山、霞ヶ丘、歌敷山、清水が丘、星陵台、星が丘								

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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 11168

① 単位	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						
	非常勤(人)	1		3		4		5	
	適合の可否								
	営業日	月～金（但し、12/31～1/3 除く）							
	営業時間	9:00 ～ 13:00							
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	9:00 ～ 12:15							
	定員			15人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		55.58㎡		
② 単位	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						
	非常勤(人)	1		3		4		5	
	適合の可否								
	営業日	月～金（但し、12/31～1/3 除く）							
	営業時間	13:00 ～ 17:30							
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	13:00 ～ 16:15							
	定員			15人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		55.58㎡		
③ 単位	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)								
	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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項



事業所	フリガナ	ハーブテラスホシガオカ							
	名称	ハーブテラス星が丘							
	所在地	(郵便番号 655-0032) 兵庫県神戸市垂水区星が丘 3丁目 8-19							
	連絡先	電話番号	078-707-5555	FAX 番号	078-707-5559				
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 14 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	V		住所	V				
	生年月日								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			生活相談員 V					
	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 / V	1	V				
非常勤(人)		1	V	5	V	4	V	4	V
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		V		50.84 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値 m <sup>2</sup> 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~土 (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 ~ 17:30 /					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:30 ~ 15:30 /					
		利用定員		16 人 V					
	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、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、神戸市の定める額							
その他の費用		運営規定通り							
通常の事業実施地域		神戸市垂水区 V							

備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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		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 /		3 /		4 /		4 /	
	適合の可否								
	営業日	月～土曜日(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)	9:30 ~ 15:30 ✓							
	定員	12人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		✓ 38.74 m <sup>2</sup>	
② 単位	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)		2 / ✓						
	非常勤(人)	1 ✓		3 ✓		4 ✓		4 ✓	
	適合の可否								
	営業日	月～土曜日(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)	9:30 ~ 15:30 ✓							
	定員	✓ 4人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		✓ 12.10 m <sup>2</sup>	
③ 単位	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)								
	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 <sup>2</sup>	

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

10942

事業所	フリガナ	リハビリデイサービス ヤシノキ								
	名称	リハビリデイサービス やしの木 ✓								
	所在地	(郵便番号 651-1143) 神戸市北区若葉台4丁目8番11号北鈴駅前ビル2階 ✓								
	連絡先	電話番号	078-777-0694	FAX番号	078-955-6869					
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						
	生年月日									
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			介護職員						
	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)				3				1		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積				54.99㎡		基準上の必要数値 ㎡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	月曜日～金曜日 (祝日、8/13～15及び12/29～1/3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	8:20～17:20						
			サービス提供時間(送迎時間を除く)	9:00～12:15 13:30～16:45						
			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、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、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			神戸市北区							

- 備考
- 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。
  - 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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 10942

① 単位	従業員の職種・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)			3				1	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日							
	営業時間	8:20～17:20							
	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		54.99㎡			
② 単位	従業員の職種・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)			3				1	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日							
	営業時間	8:20～17:20							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:30～16:45							
	定員	10人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		54.99㎡			
③ 単位	従業員の職種・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)								
	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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

--	--

事業所	フリガナ	テシゴトデイサービス タブリエ							
	名称	手しごとデイサービス タブリエ							
	所在地	(郵便番号 657 - 0063 ) 神戸市 灘 区 曾和町2丁目1-2-1/ソール曾和101号							
	連絡先	電話番号	050-5526-2959	FAX番号	050-5369-3095				
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 1 項第 2 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				
	地域密着型通所介護		2022.9.1						
	介護予防通所サービス		2022.9.1						
管理者	フリガナ			(郵便番号)					
	氏名			住所					
	生年月日								
	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)						1			1
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				29.9	基準上の必要数値		適合の可否		
				m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
主な揭示事項	単位数: 単位	営業日及び休日	営業日: 月曜日～金曜日 (12月30日～1月4日を除く)						
	単位が複数ある場合は「付表6-1別紙」に記入	営業時間	9時30分～16時45分						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	11時～15時						
		利用定員	9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とする						
	法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額とする						
	その他の費用		運営規定の通り						



事業所	フリガナ	テシゴトデイサービス タブリエ		
	名称	手しごとデイサービス タブリエ		
	所在地	(郵便番号 657 - 0063 ) 神戸市 灘 区 曾和町2丁目1-2-2/ツクル曾和101号		
	連絡先	電話番号	050-5526-2959	FAX番号
通常の事業実施地域		神戸市灘区(六甲山町は除く)・ <del>神戸市東灘区</del> 神戸市東灘区(向洋町西・向洋町中・向洋町東を除く)の区域とする。		

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護(療養通所介護)・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		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)								
	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		㎡	
② 単位	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)								
	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		㎡	
③ 単位	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)								
	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)	: ~ :							

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスエムズカンパニー							
	名称	デイサービスmsカンパニー							
	所在地	(郵便番号 654-0047 ) 神戸市 須磨 区 磯馴町 6-2-5 シーサイドシャトー須磨107							
	連絡先	電話番号	078-754-8096	FAX 番号	078-754-8597				
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 18 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				
	地域密着型通所介護		令和4年9月1日		神戸市				
	介護予防通所サービス		令和4年9月1日		神戸市				
管理者	フリガナ			(郵便番号 )					
	氏名	住所							
	生年月日								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			介護職					
	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	なし					
		従事する職種及び勤務時間等	なし						
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	1				
非常勤(人)						1		1	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				69 m <sup>2</sup>	基準上の必要数値		適合の可否		
				59 m <sup>2</sup> 以上					
主な揭示事項	単位数: 1 単位	営業日及び休日		休日: 土日及び12月31日~1月3日					
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:30 ~ 17:30					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:30 ~ 16:30					
		利用定員		18 人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		介護保険法に則り受領いたします。					
		法定代理受領分以外		介護保険法に則り受領いたします。					
その他の費用		運営規定の通り							
通常の事業実施地域		須磨浦公園以東~湊川以西、西から県道 21 号線~山麓線~県道 22 号線~県道 21 号線をつなぐルート以南							

- 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスナゴム				
	名称	デイサービスなご夢				
	所在地	(郵便番号 651-1306) 兵庫県神戸市北区菅蒲が丘二丁目2番地の6				
	連絡先	電話番号	078-951-3618	FAX番号	078-202-4760	
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3、4、7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		
	生年月日					
	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
常勤(人)		1	1			
非常勤(人)			1		1	1
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			30.04 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値	適合の可否
					30 m <sup>2</sup> 以上	
主な揭示事項	単位数： 単位	営業日及び休日	月曜日～金曜日 (12/31-1/3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 ~ 17:30			
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	9:30 ~ 16:30			
		利用定員	10人			
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬の告示上の額、介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額			
		法定代理受領分以外	介護報酬の告示上の額、介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額			
		その他の費用	別添運営規程に定めるとおり			
通常の事業実施地域		神戸市北区菅蒲が丘、西山、京地、藤原台、道場町、淡河町、鹿の子台、八多町、有野町、有野中町、有野台、唐櫃台、大池見山台、有馬町、花山、長尾町、大沢町、唐櫃大甲台、西大池、東大池、有野町唐櫃				

- 備考
- 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。
  - 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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		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			1		1
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日(12/31-1/3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)	9:30 ~ 16:30							
	定員	10人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		30.04 m <sup>2</sup>		
② 単位	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)								
	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 <sup>2</sup>		
③ 単位	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)								
	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 <sup>2</sup>		

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	タルミデイサービスセンター サイジュノイエ							
	名称	垂水デイサービスセンター 彩樹の家 /							
	所在地	(郵便番号 655-0024) 神戸市 垂水区 御霊町 5番26号 /							
	連絡先	電話番号	078-708-3911 /			FAX番号	078-708-3901 /		
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 8. 10 項第 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				
	地域密着型通所介護								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号				
	氏名								
	生年月日								
	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	0	0	0	0	0
非常勤(人)		0	0	1	0	0	2	0	2
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		55.8 m <sup>2</sup>				基準上の必要数値		適合の可否	
主な揭示事項	単位数: 単位	営業日及び休日		単位ごとの営業日 全ての月曜日から土曜日までの全週 6日営業とする。ただし12月31日から1月3日を除く。 /					
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:30~17:30					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00~17:00					
		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
- 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。
  - 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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		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	0	0	0	0	0	
	非常勤(人)	0	0	1	0	0	2	0	2	
	適合の可否									
	営業日	月～土								
	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	18人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		55.8㎡			
② 単位	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)									
	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		㎡			
③ 単位	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)									
	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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

--	--

事業所	フリガナ	ノンデイサービス								
	名称	nonデイサービス								
	所在地	(郵便番号 657-0824 ) 兵庫県神戸市灘区福住通一丁目1番18号 ル・パレ福住1F								
	連絡先	電話番号	078-862-1065		FAX番号	078-862-1066				
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 3,7 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			住所	(郵便番号 )					
	氏名									
	生年月日									
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			介護職員						
	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					
非常勤(人)		2		2		1		1		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積						48.5 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値		適合の可否
								m <sup>2</sup> 以上		
主な揭示事項	単位数	単位	営業日及び休日		営業日：月～土・祝日 休日：12月31日～1月3日					
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:30 ~ 17:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00 ~ 16:00						
		利用定員		16人						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			介護報酬の告示上の額、介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額					
		法定代理受領分以外			介護報酬の告示上の額、介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額					
		その他の費用			別添運営規程に定めるとおり					
通常の事業実施地域				神戸市灘区、神戸市中央区						

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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		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				
	非常勤(人)	2		2		1		1	
	適合の可否								
	営業日	営業日：月～土・祝日 休日：12月31日～1月3日							
	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 ~ 16:00							
	定員				16人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		48.5 m <sup>2</sup>	
② 単位	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)								
	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 <sup>2</sup>	
③ 単位	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)								
	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 <sup>2</sup>	



付表 6-1 通所介護・介護予防通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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

事業所	フリガナ	アンシンリハケアイーデイシンナガタ							
	名称	あんしんリハケアEデイ新長田							
	所在地	(郵便番号 653-0039) 神戸市長田区日吉町2丁目1-2 アスタピア新長田公園通り107-1							
	連絡先	電話番号	078-647-6556		FAX番号	078-647-6555			
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11、14、17号				
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			住所	(郵便番号)				
	氏名								
	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				1	
非常勤(人)									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		52.81 m <sup>2</sup>			基準上の必要数値		適合の可否		
					m <sup>2</sup> 以上				
主な揭示事項	単位数：2単位		営業日	営業日 月火水木金 休業日 土日祝及び12/29~1/3					
			営業時間	8:30~17:30					
			サービス提供時間(送迎時間を除く)	① 9:00~12:15 ② 13:30~16:45					
			利用定員	10人					
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)		介護報酬告知上の額、神戸市の定める額					
法定代理受領分以外		介護報酬告知上の額、神戸市の定める額							
その他の費用		運営規定の通り							
通常の事業実施地域		神戸市須磨区・長田区・兵庫区							

- 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 通所介護・介護予防通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・  
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			1		1	
	非常勤(人)								
	適合の可否								
	営業日	営業日 月火水木金 休業日 土日祝及び 12/29~1/3							
	営業時間	8:30~17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00~12:15							
	定員	10人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		52.81 m <sup>2</sup>	
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		1	
	非常勤(人)								
	適合の可否								
	営業日	営業日 月火水木金 休業日 土日祝及び 12/29~1/3							
	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	10人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		52.81 m <sup>2</sup>	
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 <sup>2</sup>	

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

--	--

事業所	フリガナ	アルクリハビリデイサービスさんぽ							
	名称	歩くりハビリデイサービスさんぽ							
	所在地	(郵便番号 655 - 0046 ) 神戸市 垂水 区 舞子台 8-5-21							
	連絡先	電話番号	078-787-3737 /		FAX 番号	078-787-3738 /			
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 23 項および第 57 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					
	生年月日								
	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)				9 /		3 /		3 /	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		104.73 m <sup>2</sup>				基準上の必要数値 m <sup>2</sup> 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		営業日: 月・火・水・木・金 休日: 土・日 (12/30~1/3) 祝日は営業					
	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 ~ 17:30 /					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00 ~ 16:35 /					
		利用定員		18 人 /					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示上の額・市町村の定める額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額・市町村の定める額					
		その他の費用		別途運営規定に定める通り					
通常の事業実施地域		神戸市垂水区 /							

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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

	従業員の職種・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	
① 単位	常勤(人)		1					1		
	非常勤(人)			9		3		3		
	適合の可否									
	営業日	営業日：月・火・水・木・金 休日：土・日・(12/30~1/3)								
	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 ~ 12:05								
	定員	18人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		104.73㎡		
② 単位	常勤(人)		1					1		
	非常勤(人)			9		3		3		
	適合の可否									
	営業日	営業日：月・火・水・木・金 休日：土・日・(12/30~1/3)								
	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 ~ 16:35								
	定員	18人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		104.73㎡		
③ 単位	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					食堂及び機能訓練室の 合計面積		㎡		

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

12068

事業所	フリガナ	アースサポートコウベナダ								
	名称	アースサポート神戸灘								
	所在地	(郵便番号 657 - 0058 ) 兵庫県神戸市灘区将軍通三丁目4番19号								
	連絡先	電話番号	078-882-7600		FAX番号	078-882-7601				
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 2・8 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					
	地域密着型通所介護	2870202096	2023. 2. 1	2029. 1. 31	神戸市					
	介護予防通所サービス	2870202096	2018. 4. 1	2024. 9. 30	神戸市					
管理者	フリガナ				(郵便番号)					
	氏名	住所								
	生年月日									
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			生活相談員、介護職員						
	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)		0	1	0	1	0	0	0	0	
非常勤(人)		1	0	7	0	0	5	0	5	
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		92.75㎡				基準上の必要数値 以上		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～土曜日（12月30日～1月3日を除く）							
	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）	9:55 ~ 17:10							
		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		別添 運営規程に定めるとおり								
通常の事業実施地域		兵庫県 神戸市灘区、東灘区、中央区								

- 備考
- 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。
  - 3 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数別従業者の職種・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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	サクラトサクラ。コウベスズランダイ							
	名称	桜とさくら。神戸すずらん台							
	所在地	(郵便番号 651-1101 ) 神戸市 北区 山田町小部字向井谷 20 番							
	連絡先	電話番号	078-223-6463	FAX 番号	078-223-6463				
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 4 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					
	生年月日								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			介護職員					
	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	1				
非常勤(人)		1		8		3		4	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				53.24 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値 m <sup>2</sup> 以上		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～日曜日 (祝日を含む)				
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入		営業時間		9:00 ~ 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		17人				
	利用料		法定代理受領分(利用者負担分)		厚生労働大臣が定める告示上の基準額の1割又は2割又は3割				
			法定代理受領分以外		厚生労働大臣が定める告示上の基準額				
その他の費用			運営規程に定める通り						
通常の事業実施地域		神戸市北区							

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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		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	1				
	非常勤(人)	1		4		3		4	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～日曜日							
	営業時間	9:00 ~ 17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00 ~ 17:00							
	定員	10人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		30.48㎡		
② 単位	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		4		2		3	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～日曜日							
	営業時間	9:00 ~ 17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00 ~ 17:00							
	定員	7人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		22.76㎡		
③ 単位	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)								
	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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

--

事業所	フリガナ	タクロウショ エム							
	名称	宅老所 笑夢							
	所在地	(郵便番号 651-2131) 神戸市西区 持子3丁目 35-2							
	連絡先	電話番号	078-203-1947			FAX番号	078-203-1694		
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 32 条第 項第 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	V			住所	V			
	生年月日	V			V				
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種				生活相談員 / V				
	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 V	4 V					
非常勤(人)		1 V		3 V				1 V	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		V		30.51 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値 m <sup>2</sup> 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		年中無休 / V					
	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 ~ 21:00 / V					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00 ~ 17:00 / V					
		利用定員		10 人 / V					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額 /					
		法定代理受領分以外		介護報酬の告示上の額 /					
		その他の費用		運営規定の通り /					
通常の事業実施地域		神戸市西区持子 / V							

- 備考 1 「受付番号」「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又は別紙に記載して添付してください。  
 3 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



付表 7-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看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	コウダイケアコールセンターナダ											
	名称	コウダイケアコールセンター灘 /											
	所在地	(郵便番号 657-0027 ) 兵庫県神戸市灘区永手町 3丁目 2-16 有本ビル 2階											
	連絡先	電話番号	078-856-5667		FAX 番号	078-856-5668							
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 2 項 第 号									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 )								
	氏名	/		住所	/								
	事業所内での従業者との兼務		<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	兼務職種	計画作成責任者・オペレーター・訪問介護員							
	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										
		従事する職種及び勤務時間等											
一体型	(連携型の場合) 連携する訪問看護事業所 ※複数ある場合は一覧を添付												
連携型	名称	別紙参照											
	事業者番号	(郵便番号 )											
		住所											
計画作成責任者	フリガナ				フリガナ								
	氏名	/			氏名	/							
	資格	介護福祉士 /			資格								
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士			
		定期巡回		随時訪問									
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤 (人)		4	2	4	2		2						
非常勤 (人)		1	1	1	1		1						
常勤換算後の人数 (人)													
基準上の必要人数 (人)													
適合の可否													
主な揭示事項	営業日及び休日				365 日 /								
	営業時間				24 時間 /								
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)				介護報酬上の告示額 /							
		法定代理受領分以外				介護報酬上の告示額 /							
	その他の費用				運営規定の通り /								
通常の事業実施地域				神戸市灘区 /									

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「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紙に記載して添付してください。
  - 3 「主な揭示事項」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。

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

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 7.43㎡以上								
利用者数(推定数を記入)	人		人	人										
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					
			常勤(人)		利用者3人に対して1人以上 (日中時間帯) + 夜間1人以上		利用者3人に対して1人以上 (日中時間帯) + 夜間1人以上		1人以上 他職種と兼務可					
			非常勤(人)											
			非常勤(人)											
			常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)														
適合の可否			----- 常勤1人以上			居間・食堂面積 利用者及び介護従業者が一堂に会するのに十分な広さ								
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

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		住所		(郵便番号 - )				
	氏名				常勤				
	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					
		兼務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)									
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		専従		専従			
		兼務		兼務		兼務			
		常勤 (人)		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)									
		夜勤・宅直 各 1 人以上		常勤 1 人以上					
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 m <sup>2</sup> /人)						
	個室以外の宿泊室の合計面積	7.43 m <sup>2</sup> × 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									
療協機関 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				住所	(郵便番号 - )					
	氏名	常勤									
	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			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)		常勤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						
主な揭示事項	営業日及び休日		365日								
	営業時間		24時間								
	登録定員		29人以下								
	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									

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	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				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )						
	氏名	常勤									
	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			事業所番号					
			兼務する職種及び勤務時間等	兼務可							
	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		常勤(人)	非常勤(人)	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)			
		基準上の必要人数(人)						常勤1人以上			
		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		常勤(人)	非常勤(人)	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		適合の可否		基準上の必要値		適合の可否		
居室	1室の最大定員		人	1人		人	人以下				
	入所者1人あたりの最小床面積		m <sup>2</sup>	10.65m <sup>2</sup> 以上		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
食堂と機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>	2m <sup>2</sup> 以上/人		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
廊下	片廊下の幅		m	1.5m以上		m	m				
	中廊下の幅		m	1.8m以上		m	m				
主な掲示事項											
入所(利用)定員			29人以下(10人以下/ユニット)				人				
租料	法定代理受領分										
	法定代理受領分以外										
その他の費用											
療機関	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

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 療養通所介護（地域密着型通所介護） 【基準】

--	--

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 ー ) 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					
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			住所	(郵便番号 ー )					
	氏名	常勤看護師 (訪問看護に従事した経験が必要)								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			従事者との兼務可						
	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	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)		不要		提供時間帯を通じて 利用者 1.5 人ごとに 1 人以上				不要		
非常勤(人)										
						常勤 1 人以上				
食堂及び機能訓練室の合計面積		6. 4 m <sup>2</sup> 以上/人				基準上の必要数値		適合の可否		
						m <sup>2</sup> 以上				
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 6-1 別紙」に記入	営業時間		: ~ :						
		サービス提供時間		送迎時間を含む						
		利用定員		人						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)								
		法定代理受領分以外								
		その他の費用								
通常の事業実施地域										

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							
	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人以上に対して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		適合の可否	
						㎡以上			
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									



付表 7-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 【基準】

受付番号

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	常勤										
	事業所内での従業者との兼務			有・無	兼務職種	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しての職務に従事する場合			名称								
従事する職種及び勤務時間等				同一敷地内又は道路を隔てて隣接する訪問介護事業所等の職務と兼務可								
一体型・連携型	(連携型の場合) 連携する訪問看護事業所 ※複数ある場合は一覧を添付											
	名称											
	事業者番号		住所	(郵便番号 - )								
計画作成責任者		フリガナ	オペレーター、定期巡回・随時訪問サービスを行う訪問介護員等、訪問看護サービスを行う看護師等の中から <u>1人以上</u>									
		氏名										
		資格										
従業者の職種・員数			訪問介護員等				オペレーター	看護職員		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士		
			定期巡回		随時訪問			専従   兼務			専従   兼務	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤 (人)			必要数		提供時間帯を通じて1人以上		常勤1人以上かつ、提供時間帯を通じて1人以上		(一体型) 常勤1人以上かつ、常勤換算2.5人以上		(一体型) 適当数	
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												
主な揭示事項	営業日及び休日											
	営業時間											
	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												

付表 1 - 1 夜間対応型訪問介護 【基準】

受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市								
	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								
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )				
	氏名	常勤								
	生年月日									
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				<ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者と兼務可</li> <li>・同一敷地内等の訪問介護事業所等の職務と兼務可</li> </ul>					
オペレーションセンターの有無		定期巡回サービスを行う訪問介護員等が利用者から通報を受けることにより適切にオペレーションサービスを実施することが可能であると認められる場合は無でも可。								
オペレーションセンターのか所数		か所								
予定利用者数	人 (うち他の市町村の予定利用者数 人)									
従業者の職種・員数			訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
			定期巡回サービス		随時訪問サービス					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤 (人)		必要数		提供時間帯を通じて 1人以上		提供時間帯を通じて 1人以上		1人以上	
	非常勤 (人)									
基準上の必要人数 (人)										
適合の可否										
主な揭示事項	営業日									
	営業時間									
	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										
添付書類	別添のとおり									