

付表4

通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)事業所指定(更新)に係る記載事項

(表)

管理者	(フリガナ) 氏名	_____		(郵便番号 —)	_____										
	生年月日	_____		(フリガナ) 住所	_____										
	当該事業所で兼務する場合	兼務する職務		_____											
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合	事業所、施設等の名称		_____											
		兼務する職務及び勤務時間等		_____											
利用定員(同時に通所型サービスAを受けることができる利用者数の上限)の合計					_____人										
実施単位数		_____単位		_____											
サービスを提供するスペースの面積の合計			_____㎡		_____										
従業者	区分	従事者													
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	常勤(人)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____						
	非常勤(人)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____						
	※基準上の必要人数(人)	_____		_____		_____		_____							
※適合の可否		_____		_____		_____		_____							
単位別	サービスを提供するスペースの面積		_____㎡		※基準上の必要面積		_____㎡以上		※適合の可否						
			_____㎡		_____㎡以上		_____		_____						
主な 揭示 事項 (1単位目)	利用定員	_____人		_____											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日	_____				
	営業時間	平日	_____～		土曜日	_____～		日曜日・祝日	_____～						
		備考	_____												
	利用料	法定代理受領分	小千谷市が定める基準額の利用者負担分												
		法定代理受領分以外	小千谷市が定める基準額												
	その他の費用	_____													
通常の事業の 実施地域	①	_____		②	_____		③	_____		④	_____		⑤	_____	
	備考	_____													

注1 ※欄は記入しないこと。

(裏)

区分	従事者										
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
従業員	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	※基準上の必要人数(人)										
	※適合の可否										
単位別	サービスを提供するスペースの面積		m ²		※基準上の必要面積		※適合の可否				
					m ² 以上						
主な揭示事項	利用定員	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
	営業時間	平日	～		土曜日	～		日曜日・祝日	～		
		備考									
	利用料	法定代理受領分	小千谷市が定める基準額の利用者負担分								
		法定代理受領分以外	小千谷市が定める基準額								
	その他の費用										
通常の事業の実施地域	①	②	③	④	⑤						
	備考										

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の一部を行う施設の数	施設	
事業の一部を行う施設	名称	(フリガナ)
	所在地	(郵便番号) 新潟県 市郡
	連絡先	電話番号 FAX番号
	備考	

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。