

神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会

第43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 2 年 4 月 1 日から令和 3 年 4 月 1 日指定までの申請があった事業所は 30 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	6	1	2	2	3	12	4

(2) 申請事業所・施設

①認知症対応型共同生活介護（6 事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R2. 4. 1	グループホーム サンライフさくら魚崎北町	さくらケアサービス 株式会社	東灘区魚崎北町	
R2. 7. 1	フェニックス長田グループホーム	医療法人社団一功会	長田区林山町	
R2. 8. 1	神戸須磨ケアセンターそよ風	株式会社ユニマッ リタイアメント・ コミュニティ	須磨区高倉台	
R2. 10. 1	グループホームきらら神戸兵庫町	スターツケアサービス 株式会社	兵庫区兵庫町	
R2. 12. 1	グループホームまんてん六甲の丘	社会福祉法人三桂会	灘区篠原伯母野 山町	
R3. 2. 1	幼老の郷グループホーム おっこう山	社会福祉法人 雄岡山福祉会	西区神出町	

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
R2. 4. 1	地域密着型特別養護老人ホー ム櫻ホーム西神	社会福祉法人桜谷福祉会	西区月が丘	

③小規模多機能型居宅介護（2 事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R2. 7. 1	ほほえみ星陵台	社会福祉法人報恩感謝会	垂水区星陵台	
R3. 3. 1	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	

④看護小規模多機能型居宅介護（2 事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R3. 7. 1	看護小規模多機能型 居宅介護 つついの杜	有限会社 アスカケアライフ	中央区宮本通	
R3. 2. 1	やさしい手看護小規模多機能型 居宅介護かえりえ伊川谷有瀬	株式会社やさしい手	西区伊川谷町	

⑤認知症対応型通所介護（3事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R2.5.1	デイサービスセンター さくらさく	社会福祉法人桜谷福祉会	西区月が丘	
R2.5.1	グループホーム希の丘	株式会社 メディカルサービス	垂水区小東台	
R2.9.1	認知症対応型デイサービス ソラストひばりが丘	株式会社ソラスト	長田区雲雀ヶ丘	

⑥地域密着型通所介護（12事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R2.5.1	レコードブック神戸西鈴蘭台	ユーラシア大陸株式会社	北区鳴子	しあわせの村 あんしんすこやかセンター
R2.5.1	からだStudioすまあとplus	株式会社神戸在宅リハ ビリテーション事業団	長田区浪松町	新長田 あんしんすこやかセンター
R2.5.1	リハトレセンターエヴァー	株式会社REAL	西区伊川谷町	伊川谷 あんしんすこやかセンター
R2.6.1	リハビリテーションデイ GREEN APPLE west	株式会社Green Apple	長田区上池田	池田宮川 あんしんすこやかセンター
R2.7.1	ナチュラルケア リハビリデイサービス	一般社団法人Japan Hos pitality Learning Center	北区若葉台	北鈴蘭台 あんしんすこやかセンター
R2.7.1	晴れたらいいね	合資会社未来予想図	須磨区中落合	名谷 あんしんすこやかセンター
R2.7.1	デイサービススイッチオン神戸玉津	株式会社スイッチオン サービス	西区持子	玉津 あんしんすこやかセンター
R2.9.1	リハビリデイ ラビットサン	株式会社ラビットサン	北区谷上東町	谷上 あんしんすこやかセンター
R2.11.1	リハビリ特化型デイサービス リハ長楽	株式会社エムズプランニング	北区山田町	北鈴蘭台 あんしんすこやかセンター
R2.12.1	ふくろうの杜デイサービス	社会福祉法人ひょうご 聴覚障害者福祉事業協 会	長田区神楽町	御蔵 あんしんすこやかセンター
R3.3.1	紅葉のデイ	有限会社ユニバーサルライフ	長田区北町	御蔵 あんしんすこやかセンター
R3.4.1	生活リハビリ デイサービス つやっこ	株式会社キズナ	長田区浜添通	真野真陽 あんしんすこやかセンター

⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護（4事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R2.4.1	訪問介護事業所 かなえ場	株式会社Happy	長田区二葉町	
R2.4.1	コウダイケアコールセンター 神戸北	コウダイケアサービス 株式会社	北区鈴蘭台西町	
R2.4.1	定期巡回サービス サンピラこうべ	社会福祉法人恩徳福祉会	西区神出町	
R3.4.1	ぷらすてっぷ定期巡回・随時 対応型訪問	株式会社ポジティブ	中央区宮本通	

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	グループホームサンライフサクラウオザキキタマチ					
	名称	グループホームサンライフさくら魚崎北町					
	所在地	(郵便番号658-0082) 兵庫県 神戸市 東灘区 魚崎北町7丁目9番20号					
	連絡先	電話番号	078-451-2323	FAX番号	078-451-2324		
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項第6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)						
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 8.88㎡ (有効面積)		
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		介護従事者		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)	3	1	4		3	1	
非常勤(人)	3(1.8)		2(1.1)	1(0.8)	3(1.8)		
常勤換算後の人数(人)	5.8		5.9		5.8		
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)	9室 (うち個室9室)	敷金	0円	
	利用定員	9人	9人	9人	定賃	123,000円	
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額	燃料費	1,200円(1日)
		法定代理受領分以外	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額	共済費	50,000円
	その他の費用	重要事項の通り	重要事項の通り	重要事項の通り	光熱費	99円(共済費100円)	
機 関 協 力 医 療	名称	開田病院	主な診療科名		内科		
	名称	一般財団法人甲南会甲南医療センター	主な診療科名		総合病院		
	名称	特定医療法人住吉川病院	主な診療科名		内科・外科・神経内科		
	名称	藤本歯科	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	グループホームサンライフサクラウオザキキタマチ			
	名称	グループホームサンライフさくら魚崎北町			
	所在地	(郵便番号658-0082) 兵庫県 神戸市 東灘区 魚崎北町7丁目9番20号			
	連絡先	電話番号	078-451-2323	FAX番号	078-451-2324
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 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)				
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				
利用者数(推定数を記入)	27人				
従業者の職種・員数	計画作成担当者				
	専従	兼務			
常勤(人)			2		
非常勤(人)			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	居室数				
	利用定員				
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)			
		法定代理受領分以外			
その他の費用					
機 協 関 力 医 療	名称	開田醫院	主な診療科名	内科	
	名称	一般財団法人甲南会甲南医療センター	主な診療科名	総合病院	
	名称	特定医療法人住吉川病院	主な診療科名	内科・外科・神経内科	
	名称	藤本歯科	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		フェニックスナガタグループホーム																	
	名称		フェニックス長田グループホーム																	
	所在地		(郵便番号 653-0861) 兵庫県神戸市長田区林山町4番22																	
	連絡先		電話番号	078-631-3939			FAX番号	078-631-3938												
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4条 第2項 第6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)																			
	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 16.33㎡ (前年度面積) 居室食室面積 33.52㎡ 敷金 0円 家賃 69,000円 共 98,000円 食材料費 (1回) 1,380円 共 15,000円 光熱水費 12,000円										
利用者数 (推定数を記入)		15 人		5 人		5 人		5 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					
常勤 (人)				6		1		5			1		5		2		3			
非常勤 (人)				1(0.6)		2(1.1)														
常勤換算後の人数 (人)				7.6		7.1		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)		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 (一割負担分)		別添のとおり		別添のとおり		別添のとおり												
		法定代理受領分以外		別添のとおり		別添のとおり		別添のとおり												
	その他の費用		別添のとおり		別添のとおり		別添のとおり													
医 協 療 力	名称		神戸朝日病院		名称		神戸朝日病院		名称		神戸朝日病院		名称		神戸朝日病院		名称		神戸朝日病院	
	名称		適寿リハビリテーション病院		名称		適寿リハビリテーション病院		名称		適寿リハビリテーション病院		名称		適寿リハビリテーション病院		名称		適寿リハビリテーション病院	
	名称		かもめ歯科		名称		かもめ歯科		名称		かもめ歯科		名称		かもめ歯科		名称		かもめ歯科	
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	コウベスマケアセンターソヨカゼ					
	名称	神戸須磨ケアセンターそよ風					
	所在地	(郵便番号 654 - 0081.) 兵庫県神戸市須磨区高倉台6丁目14-22					
	連絡先	電話番号	078-739-0670	FAX番号	078-739-0671		
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号及び6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 (海)	② (山)				
利用者数(推定数を記入)	18人	9人	9人	2人	平均居室面積 8.26㎡ (有知面積)		
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	0	2	1	0	2
	非常勤(人)	4(2)	0	5(3)	0	0	0
	常勤換算後の人数(人)	6.26		5.56			
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(一割負担分)	介護報酬告知上の額における介護負担割合証による自己負担額に応じた額		介護報酬告知上の額における介護負担割合証による自己負担額に応じた額		
		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	運営規程のとおり		運営規程のとおり			
機 協 関 力 医 療	名称	医療法人 阿部医院 カトレアクリニック		主な診療科名	内科・胃腸科		
	名称	医療法人社団 海羽会 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		耐火構造物					
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	グループホームキララコウベヒョウゴチョウ								
	名称	グループホームきらら神戸兵庫町								
	所在地	(郵便番号 652-0813) 兵庫県神戸市兵庫区兵庫町2丁目2番18号								
	連絡先	電話番号	078-686-7186	FAX番号	078-686-7187					
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5項					
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	③	計画作成担当者 兼務 3 平均居室面積 8.55㎡ (有知面積) 居間個室面積 52.46㎡				
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		兼務	兼務		
常勤(人)		3-2	1	43	0		2	1		
非常勤(人)		3-4	(2.7)	35	(32)		7-5	(2.7)		
常勤換算後の人数(人)		5-45.7		5-86.2			5-85.7			
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	166,000円	
	利用定員	9人		9人		9人		家賃	83,000円	
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)	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		食料費	1,200円(1食)
		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		光熱費	15,000円
	その他の費用	別紙運営規定記載による		別紙運営規定記載による		別紙運営規定記載による		光熱費	15,000円	
関 協力医療機	名称	医療法人社団 顕鐘会 / 神戸百年記念病院付属 なだ訪問診療クリニック /		主な診療科名		内科 /				
	名称	清瀬歯科医院 /		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	グループホームマンテンロックウノオカ				
	名称	グループホームまんてん六甲の丘				
	所在地	(郵便番号 657-0015) 兵庫県神戸市灘区篠原伯母野山町3丁目14-2				
	連絡先	電話番号	078-871-8141	FAX番号	078-871-8142	
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(口)	
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)					
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	平均居室面積 7.69㎡ (有内面積)		
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		4	1	2
	非常勤(人)	2(1)		2(1)		
	常勤換算後の人数(人)	5.6	4.2	6.1	4.2	
	基準上の必要人数(人)					居間食堂 面積 30.97㎡
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)	敷金	437,400円
	利用定員		9人		家賃	72,900円
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額	食料費	1,448円(1日)
		法定代理受領分以外	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額	雑費	5,000円
	その他の費用		運営規程の通り	運営規程の通り	水道費	15,000円
協力医療機関	名称	医療法人 昭生病院		主な診療科名	内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、泌尿器科、放射線科、リハビリテーション科、肝臓科、内視鏡科、内分泌科	
	名称	凌駕さくらクリニック		主な診療科名	内科・循環器内科	
	名称	なかたに歯科クリニック		主な診療科名	歯科	
耐火構造物、準耐火構造物等の別		その他				
運営推進会議の有無		有				
添付書類		別添のとおり				

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	ヨウロウノサトグループホームオッコウヤマ							
	名称	幼老の郷 グループホームおっこう山							
	所在地	(郵便番号 651 - 2303) 兵庫県神戸市西区神出町五百歳字大東 142 番 453							
	連絡先	電話番号	078-965-3713			FAX 番号	078-965-3714		
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					
	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)								
	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	1戸		①	②		平均居室面積			
利用者数 (推定数を記入)	9人		9人				7.83㎡		
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)			6	2			1		
非常勤 (人)									
常勤換算後の人数 (人)			7.8						
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)		室 (うち個室 室)		敷金	414,000円	
	利用定員		9人		人		家賃	69,000円	
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)		介護報酬告示上の額				食料費	1,420円 (1日)
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額				雑費	5,000円
	その他の費用		運営規定に定め		る通り		燃料費	15,000円	
協力医療機関	名称	凌駕さくらクリニック			主な診療科名	内科 (訪問診療)			
	名称	ときわ病院			主な診療科名	内科、整形外科、外科、歯科			
	名称	広野高原病院			主な診療科名	内科、外科、整形外科、歯科、口腔外科、眼科、皮膚科			
	名称	ほんだ歯科クリニック			主な診療科名	歯科 (訪問診療)			
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					
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。

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ	チイミツヤカガ 外クハ ツヨカク ロウジンホムカラホムセイシヨ							
	名称	地域密着型特別養護老人ホーム櫻ホーム西神							
	所在地	(郵便番号 651 - 2217) 兵庫県神戸市西区月が丘1丁目41-12							
	連絡先	電話番号	078-995-7145			FAX番号	078-995-7146		
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項第イ号									
管理者	フリガナ				住所				
	氏名				住所				
	生年月日				住所				
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	特別養護老人ホーム櫻ホーム西神			事業所番号			
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者							
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	特別養護老人ホーム櫻ホーム西神 80名					
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)	20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定員数	常 勤 (人)	0	0	0	1	7	1	1	0
	非常勤 (人)	0	(0.0%)1	0	0	2(0.8)	0	0	0
常勤換算後の人数(人)				1.0		10.0		1.0	
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定員数	常 勤 (人)	1	0	1	0	0	1		
	非常勤 (人)	0	0	0	0				
常勤換算後の人数(人)		1.0		1.0		1.0			
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	4人		人以下		人		人以下	
	入所者1人あたりの最小床面積	10.81㎡		㎡		㎡		㎡	
食堂と機能訓練室の合計面積		97.65㎡		㎡		㎡		㎡	
廊下	片廊下の幅	1.8m		m		m		m	
	中廊下の幅	2.2m		m		m		m	
主な揭示事項									
入所(利用)定員					20人		人		
租料	法定代理受領分(一割負担分)	介護報酬公示上の額							
	法定代理受領分以外	介護報酬公示上の額							
その他の費用		運営規定の通り							
療 協 機 力 関 医	名称	西北ハートクリニック			主な診療科名	循環器内科・眼科			
	名称	協和病院			主な診療科名	内科・外科・整形外科			
	名称	六甲福祉会メンタルクリニック【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							

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

2. 事業所の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	林エミヨウダイ						
	名称	ほほえみ星陵台						
	所在地	(郵便番号655-0038) 兵庫県神戸市垂水区星陵台3-1-1						
	連絡先	電話番号	078-787-3939		FAX番号	078-787-3940		
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				
	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)					介護職		
	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)				18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)	3	2		1		1
		非常勤(人)	10(54)					
		常勤換算後の人数(人)	9.104					
		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			耐火建築物				
	居間及び食堂の合計面積	187.67㎡	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	㎡以上	適合の可否	
主な揭示事項	営業日	休業日なし						
	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)						
		法定代理受領分以外						
	食事の提供に要する費用	1日1,700円 朝食400円 昼食700円 夕食600円						
	宿泊に要する費用	3,500円						
通常の事業実施地域	神戸市垂水区							
療協力医	名称	仲嶋医院		主な診療科名	内科			
	名称	春藤歯科医院		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。

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 イカワダニスミレハウス							
	名称	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) 兵庫県神戸市西区白水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	種別	名称			事業所番号				
管理者	フリガナ	住所			介護従事者				
	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）								
	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）				13人					
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		
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)	5	2	1			1	
		非常勤(人)	87(5,6)						
		常勤換算後の人数(人)	10.3/2.6						
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			準耐火構造					
	居間及び食堂の合計面積		46.26㎡	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	適合の可否		
主な揭示事項	営業日	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（一割負担分）							
		法定代理受領分以外							
	食事の提供に要する費用	1680円							
	宿泊に要する費用	3000円							
通常の事業実施地域	神戸市西区・垂水区・須磨区								
療協力関	名称	伊川谷病院		主な診療科名	内科・整形・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		(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。

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 ツツイノモリ								
	名称	看護小規模多機能型居宅介護 つついの社								
	所在地	(郵便番号 651-0063) 神戸市中央区宮本通 3-1-30								
	連絡先	電話番号	078-221-3139			FAX番号	078-221-3145			
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		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無			
管理者	フリガナ				住所					
	氏名									
	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)				看護師					
	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	訪問看護ステーションアスカアライフ	事業所番号	2865190132				
		従事する職種及び勤務時間等	職種:管理者兼看護師 勤務時間:8:45~17:45							
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				18人						
従業者の職種・員数		介護従業員		介護従業員のうち看護職員		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)		4	4	1	3	1	3		11	
非常勤(人)		76(2.6)	23(1.0)		2(1.0)		1(0.0)		1	
常勤換算後の人数(人)		11.68		5.00						
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		72.34㎡		適合の可否		
構造概要	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		㎡			
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		(通い)9時~17時、(訪問)24時間、(宿泊)17時~9時、(看護)9時~17時							
	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		6人							
	利用料	法定代理受領分(一部負担分)		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						
	食事の提供に要する費用		朝食400円、昼食800円、夕食600円、おやつ200円							
	宿泊に要する費用		1泊につき4000円							
	通常の事業実施地域		神戸市中央区、灘区							
協力医療機関	名称	神戸労災病院			主な診療科名	総合内科ほか				
	名称	たつみクリニック			主な診療科名	消化器内科・外科・肛門科				
	名称	河畑歯科			主な診療科名	歯科				
運営推進会議の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 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	ヤサシイカンゴ ショウホク ケノカ ケヨクカイゴ カリエイワダ ニアリ							
	名称	やさしい手看護小規模多機能型居宅介護かえりえ伊川谷有瀬							
	所在地	(郵便番号 651-2113) 神戸市西区伊川谷町有瀬 558-6 .email:caerie-ikawadaniarise@yasashiite.com							
	連絡先	電話番号	078-385-1761		FAX番号	078-389-5271			
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					
併設施設等	サービス種別	訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/>	名称	訪問看護ステーションかえりえ伊川谷 <input checked="" type="checkbox"/>	事業所番号				
事業所の種類		病院・診療所・その他 <input checked="" type="checkbox"/>			訪問看護事業所としての指定		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
管理者	フリガナ								
	氏名	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)				介護職員 <input checked="" type="checkbox"/>				
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)		15	8	12	25	0	05	0	1
非常勤(人)		64	32	40	2	0	02	0	0
常勤換算後の人数(人)		18.8		34.28					
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		72.65 m ²		適合の可否	
構造概要	個室の宿泊室	9室	うち床面積6.4 m ² 以上7.43 m ² 未満の宿泊室	0室	個室以外の宿泊室の合計面積		0 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	営業日及び休日		365日 <input checked="" type="checkbox"/>						
	営業時間		通いサービス基本時間 10:00-17:00 <input checked="" type="checkbox"/> 宿泊サービス基本時間 17:00-10:00 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問サービス 24時間 <input checked="" type="checkbox"/> 相談受付時間 9:00-18:00 <input checked="" type="checkbox"/>						
	登録定員		29人 <input checked="" type="checkbox"/>						
	通いサービスの利用定員		18人 <input checked="" type="checkbox"/>						
	宿泊サービスの利用定員		9人 <input checked="" type="checkbox"/>						
	利用料		法定代理受領分(一割負担分)		法定代理受領分(一割負担分) ※				
			法定代理受領分以外		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用		朝食 400円/回、昼食 500円/回、おやつ代昼食代に含む、夕食 600円/回						
	宿泊に要する費用		1泊 4,000円						
	通常の事業実施地域		神戸市西区・垂水区						
協力医	名称	西北ハートクリニック <input checked="" type="checkbox"/>		15	主な診療科名	内科 <input checked="" type="checkbox"/>			

療機関	名称	いけざわ歯科医院	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		

以下印刷不要

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」の欄には、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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」の欄に併せて記載してください。

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	デイサービスセンターサクラサク				
	名称	デイサービスセンターさくらサク				
	所在地	(郵便番号 651 - 2217) 兵庫県神戸市西区月が丘1丁目41-12				
	連絡先	電話番号	078-994-3220	FAX番号	078-995-7146	
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 〇 号			
併設事業所の種別、名称		特別養護老人ホーム櫻ホーム西神 地域密着型特別養護老人ホーム櫻ホーム西神 (介護予防)短期入所者生活介護		事業所番号		
管理者	フリガナ			住所		
	氏名					
	生年月日			生活相談員		
	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	0	1	0	
非常勤(人)		1	0	4(2名)	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			基準上の必要数値	適合の可否		
62.79 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～土曜 (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 10:00 ~ 18:00 ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	12人(単位ごとの定員① 12人② 人③ 人)				
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用	昼食 600円、夕食 640円 (別途おやつ代 50円)				
	通常の事業実施地域	神戸市西区全域、北区一部(山田町)				
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 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	グループホームノゾミノオカ				
	名称	グループホーム希の丘				
	所在地	(郵便番号 655 - 0008) 兵庫県神戸市垂水区小東台 868 番地 1129				
	連絡先	電話番号	078-795-6100	FAX 番号	078-795-6101	
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 7 号			
種別	(介護予防) 認知症対応型通所介護 (共用型)			事業所番号		
名称	グループホーム希の丘			開設年月日	令和 2 年 5 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			住所		
	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	グループホーム希の丘	事業所番号
			兼務する職種及び勤務時間等	管理者・計画作成担当者 9:00~17:30		
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)				9		
非常勤 (人)				8(6.3)		
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			29.81 m ²			
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日 月曜日から金曜日 (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 10:00 ~ 16:00 ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	9 人 (単位ごとの定員① 3 人 ② 3 人 ③ 人)				
	利用料	法定代理受領分 (一割負担) ✓ 法定代理受領分以外 教養娯楽費 300 円、行事代・おむつ代・理美容代は実費徴収				
	食事の提供に要する費用	700 円				
	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
- 「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。
 - 「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。
 - 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。
 - 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。
 - 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 2-2 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	ニンチショウタイオウガタサービス ソラストヒバリガオカ			
	名称	認知症対応型デイサービス ソラストひばりが丘			
	所在地	(郵便番号 653-0879) 神戸市長田区雲雀ヶ丘一丁目 2-5			
	連絡先	電話番号	078-646-9502	FAX 番号	078-646-9503
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 12・13 号		
種別	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護		事業所番号	2890600204	
名称	グループホーム ソラストひばりが丘		開設年月日	平成 30 年 12 月 1 日	
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数			21 人	当該事業の利用定員	3 人
管理者	フリガナ			住所	
	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)			介護従業者	
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				
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)			9		
非常勤(人)			11 (4.9)		
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			84.24 m ²		
主な揭示事項	営業日	日曜日から土曜日 (年中無休)			
	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	3 人 (単位ごとの定員 ① 3 人 ・ ② 人 ・ ③ 人)			
	利用料	法定代理受領分(一割負担分): 介護保険法による介護報酬の告示上の額 (1・2・3 割)			
		法定代理受領分以外: 介護保険法による介護報酬の告示上の額			
	食事の提供に要する費用	朝食 260 円 昼食 450 円 (おやつ代込み) 夕食 450 円			
通常の事業実施地域	神戸市長田区、兵庫区、須磨区				
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。
 - 「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。
 - 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。
 - 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。
 - 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	レコードブックコウベニシスズランダイ							
	名称	レコードブック神戸西鈴蘭台							
	所在地	(郵便番号 651-1133) 神戸市北区鳴子 2 丁目 17 番 2 号							
	連絡先	電話番号	078-940-4253	FAX 番号	078-940-4254				
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、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								
	氏名			住所					
	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	1				
非常勤(人)						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		65.80 m ²				基準上の必要数値		適合の可否	
						m ² 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)				
	単位数が複数ある場合は「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		神戸市北区泉台1~7丁目、北五葉1~7丁目、君影町1~6丁目、甲栄台1~5丁目、鈴蘭台北町1~9丁目、鈴蘭台西町1~6丁目、鈴蘭台東町1~9丁目、鈴蘭台南町1~9丁目、星和台1~7丁目、鳴子1~2丁目、緑町1・6・7丁目、南五葉1~6丁目、若葉台1~4丁目、惣山町1~5丁目、大原1丁目、杉尾台1~2丁目、松宮台1~2丁目、ひよどり台、ひよどり台南町							

- 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・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)			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		65.80㎡		
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)			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		65.80㎡		
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 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	カラダスタジオスマートプラス							
	名称	からだ Studio すまあと PLUS							
	所在地	(郵便番号 653-0055) 神戸市長田区浪松町 2 丁目 2 番 19 号 藤原ビル 2F							
	連絡先	電話番号	078-798-7741		FAX 番号	078-798-7742			
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、4 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					
	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			1
非常勤(人)									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		101.24 m ²				基準上の必要数値 30 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～金(祝祭日を含む)、年末年始: 12/31～1/3 まで					
	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)		9:00 ~ 12:15 13:15 ~ 16:30					
		利用定員		各 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		運営規定のとおり							
通常の事業実施地域		別紙参照							

- 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 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	月～金 祝祭日を含む、年末年始：12/31～1/3 まで							
	営業時間	8：15 ～ 17：15							
	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		101.24 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					1
	非常勤(人)								
	適合の可否								
	営業日	月～金 祝祭日を含む、年末年始：12/31～1/3 まで							
	営業時間	8：15 ～ 17：15							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13：15 ～ 16：30							
	定員			10 人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		101.24 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		

別紙：

付表 6-1

主な揭示事項 通常の事業実施地域について

長田区：

浪松町 長楽町 本庄町 海運町 野田町 駒ヶ林町 駒栄町 庄田町 二葉町 久保町
腕塚町 大橋町 若松町 日吉町 松野通 神楽町 細田町 川西通 水笠通 御屋敷通
大道通 西代通 戸崎町

須磨区：

外浜町 若宮町 須磨浦通 小寺町 古川町 鷹取町 青葉町 行平町 大池町 常盤町
千歳町 寺田町 大田町 戎町 大黒町 平田町 飛松町 前池町 菊池町 宝田町
養老町 川上町 永楽町 神撫町 禅昌寺町 明神町 板宿町 板宿 大手 大手町
権現町 横尾 東須磨 高尾台 水野町 奥山畑町 上細沢町 若木町 堀池町
東町 戸政町 中島町 衣掛町 磯馴町 村雨町 松風町 稲葉町 南町 北町
月見山本町 月見山町 行幸町 離宮前町 離宮西町 桜木町 須磨寺町 天神町
須磨本町 千守町 関守町 高倉町 高倉台 潮見台町 一ノ谷町

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	リハトレセンターエヴァー						
	名称	リハトレセンターエヴァー						
	所在地	(郵便番号 651-2113) 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬 14-21 プリマベール伊川谷 101 号						
	連絡先	電話番号	078-995-8430	FAX 番号	078-995-8430			
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			
	介護予防通所サービス		令和 2 年 5 月 1 日	令和 8 年 4 月 30 日	神戸市			
	地域密着型通所介護		令和 2 年 5 月 1 日	令和 8 年 4 月 30 日	明石市			
	予防専門通所型サービス		令和 2 年 5 月 1 日	令和 8 年 4 月 30 日	明石市			
管理者	フリガナ			住所				
	氏名							
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種	生活相談員兼務						
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(0.4)		4(1.8)		3(0.9)		1(0.6)	
適合の可否								
食堂及び機能訓練室の合計面積			59.61 m ²		基準上の必要数値		適合の可否	
					47 m ² 以上		✓	
主な揭示事項	単位数：2 単位	営業日及び休日	火曜日から土曜日までとする。ただし、国民の祝日、12月29日から1月4日までを除く。					
	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)	9:00~12:00、14:00~17:00 ✓					
		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・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		別紙のとおり						

- 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 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						
	非常勤(人)	2		3		4		1	
	適合の可否								
	営業日	火曜日から土曜日までとする。 ただし、国民の祝日、12月29日から1月4日までを除く。							
	営業時間	8:30~17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00~12:00							
	定員			15人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		59.61㎡		
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						
	非常勤(人)	2		3		4		1	
	適合の可否								
	営業日	火曜日から土曜日までとする。 ただし、国民の祝日、12月29日から1月4日までを除く。							
	営業時間	8:30~17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	14:00~17:00							
	定員			15人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		59.61㎡		
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		㎡		

別紙

(通常の事業の実施地域)

次の区域とする。

神戸市西区(伊川谷町全域、大津和、今寺、南別府、北別府、池上、白水、和井取、水谷、井吹台北町、井吹台西町、井吹台東町、前開南町、学園西町、学園東町、美賀多台、糝台、竹の台、狩場台)

神戸市垂水区(神陵台、狩口台、南多聞台、多聞台、本多聞、舞多聞西、舞多聞東、小東山、小東山本町、小東台、小東山手、学が丘、つつじが丘、西脇)、

明石市(松が丘、松が丘北町、東山町、大蔵谷奥、朝霧台、朝霧山手町、北朝霞丘、西朝霧丘、東朝霧丘、中朝霧丘、東野町、大蔵谷狩口、大蔵谷清水、大蔵谷東山、大蔵谷東山西山)

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	グリーンアップルウエスト						
	名称	リハビリテーションデイ GREEN APPLE west ←						
	所在地	(郵便番号 653-0827) 神戸市長田区上池田3丁目18-22 惣町サンハイツ1号棟						
	連絡先	電話番号	078-647-9014		FAX番号	078-754-9078		
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章第2条5,7				
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			
	通所介護							
管理者	フリガナ							
	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	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	0	1	0	0	0	0
非常勤(人)	0	0	0	0	0	0	0	0
適合の可否								
食堂及び機能訓練室の合計面積	246.20㎡				基準上の必要数値		適合の可否	
					30㎡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(但し12月31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)	9:00 ~ 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	運営規定のとおり					
通常の事業実施地域	神戸市兵庫区、神戸市長田区、須磨区							

- 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）・

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

	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	
① 単位	常勤(人)	1				1			1	
	非常勤(人)									
	適合の可否									
	営業日	月曜日～金曜日（但し12月31日～1月3日を除く）								
	営業時間	8:30 ~ 12:45								
	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			246.20㎡		
	② 単位	常勤(人)	1				1			1
非常勤(人)										
適合の可否										
営業日		月曜日～金曜日（但し12月31日～1月3日を除く）								
営業時間		12:45 ~ 17:30								
サービス提供時間 （送迎時間を除く）		13:00 ~ 17:00								
定員		10人			食堂及び機能訓練室の 合計面積			246.20㎡		
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



事業所	フリガナ	ナチュラルケア リハビリデイサービス							
	名称	ナチュラルケア リハビリデイサービス							
	所在地	(郵便番号 651-1143) 神戸市北区若葉台4丁目8-11							
	連絡先	電話番号	078-591-9011	FAX番号	078-591-3344				
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3条第1項第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			住所					
	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	3		1		1	
非常勤(人)		1(0.4)	1	2/3(0.6)	1		2(0.1)		2(0.1)
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		54.99 m ²				基準上の必要数値		適合の可否	
						m ² 以上			
主な揭示事項	単位数： 単位	営業日及び休日		12/30~1/3を除く全営業日					
	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)		9:00~12:15 13:30~16:45					
		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	3			1
	非常勤(人)		1			1 ²	1		
	適合の可否								
	営業日	12/30~1/3を除く全営業日							
	営業時間	8:30~17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00~12:15							
	定員	18人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		54.99㎡		
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	3			1
	非常勤(人)		1			1 ²	1		
	適合の可否								
	営業日	12/30~1/3を除く全営業日							
	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		54.99㎡		
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 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	ハレタライイネ								
	名称	晴れたらいいね								
	所在地	(郵便番号 654-0154) 神戸市須磨区中落合三丁目 1-440-101								
	連絡先	電話番号	078-777-0500	FAX 番号	078-779-7250					
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 1 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						
	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)				1 (0.4)						
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		38.245 m ²				基準上の必要数値		適合の可否		
						m ² 以上				
主な揭示事項	単位数: 単位		営業日及び休日	月～金 (土日祝休み、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)	9:00～12:30 13:30～17:00						
			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、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			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・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)					1			
	適合の可否								
	営業日	月～金 (土日祝休み、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)	9:00～12:30							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		38.245 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		1	
	非常勤(人)					1			
	適合の可否								
	営業日	月～金 (土日祝休み、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)	13:30～17:00							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		38.245 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		

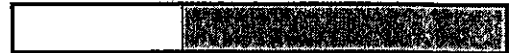
付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項



事業所	フリガナ	デイサービススイッチオンコウベタマツ								
	名称	デイサービススイッチオン神戸玉津								
	所在地	(郵便番号 651-2131) 神戸市 西区 持子 2丁目100番地								
	連絡先	電話番号	078-939-3712		FAX 番号	078-928-0330				
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						
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						
	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	ヘルパーステーションスイッチオン神戸玉津							
	従事する職種及び勤務時間等	管理者 8:30~17:30								
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 (0.2)		3 (2.2)		2 (0.8)		2 (0.1)		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		43.05 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：1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		14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				神戸市西区の玉津、伊川谷、平野西神、西神中央のあんしんすこやかセンターの各区域内						

- 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	リハビリデイ ラビットサン							
	名称	リハビリデイ ラビットサン							
	所在地	(郵便番号 651-1245) 兵庫県神戸市北区谷上東町 17 番 18 号							
	連絡先	電話番号	078-586-3012		FAX 番号	078-586-3013			
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 号、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			住所					
	氏名								
	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	1		1	1	
非常勤(人)		1(0.1)		3(1.1)		1(0.1)			
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		46.68㎡				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		営業日：月～土曜日（祝日含む）、 休日：土曜日午後、日曜日、12/29-1/3					
	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）		①9:00～12:15、②13:30～16:45					
		利用定員		月～土曜日 15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					
法定代理受領分以外		介護報酬告示の額							
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		神戸市北区（唐櫃台、大池、花山、谷上、青葉台、松が枝、日の峰、小倉台、筑紫が丘、広陵、緑町、桂木、甲栄台、大原、泉台、惣山町、山田町、若葉台、鈴蘭台）							

- 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 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

	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	
① 単位	常勤(人)	1		10	1	1	1	1	1	
	非常勤(人)	1		31		13				
	適合の可否									
	営業日	営業日：月～土曜日（祝日含む） 休日：土曜日午後、日曜日、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）	9：30～12：15								
	定員	月～土曜日15人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		46.68㎡		
② 単位	常勤(人)	1		10	1	1	1	1	1	
	非常勤(人)	1		31		13				
	適合の可否									
	営業日	営業日：月～土曜日（祝日含む） 休日：土曜日午後、日曜日、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	月～金曜日15人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		46.68㎡		
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

事業所	フリガナ	リハビリトッカガタデイサービス リハチョウラク							
	名称	リハビリ特化型デイサービス リハ長楽							
	所在地	(郵便番号 651-1101) 神戸市北区山田町小部字向井谷 1-1							
	連絡先	電話番号	078-907-5858			FAX 番号	078-907-5859		
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 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					
	氏名			住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			管理者兼機能訓練指導員					
	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)		1 (0)		3 (16)					
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		47.46 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: 1 単位	営業日及び休日		営業日: 月~土 休日: 日 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 : 45 ~ 17 : 30					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		①9 : 00 ~ 12 : 15 , ②13 : 30 ~ 16 : 45					
		利用定員		①単位目は 10 名, ②単位目は 10 名					
	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		運営規程の通り					
通常の事業実施地域		神戸市北区内							

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
	非常勤 (人)	1				3			
	適合の可否								
	営業日	営業日：月～土 休日：日 12/30～1/3							
	営業時間	8 : 45 ~ 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		/ 47.46 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				3			
	適合の可否								
	営業日	営業日：月～土 休日：日 12/30～1/3							
	営業時間	8 : 45 ~ 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		/ 47.46 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 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

フリガナ		フクロウノモリデイサービス								
事業所	名称	ふくろうの杜デイサービス								
	所在地	(郵便番号 653 - 0836) 神戸市長田区神楽町 5 丁目 3 番 14-1 号								
	連絡先	電話番号	078-798-7940		FAX 番号	078-798-7941				
	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									
	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)				(1.6) ⁵		(0.3) ²		(0.3) ²		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		49.5 m ²				基準上の必要数値		適合の可否		
						m ² 以上				
主な揭示事項	単位数： 1 単位	営業日及び休日		営業日：月、火、水、金、土 休業日：木、日、8/13~8/15、12/29~1/3						
	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)		9:25 ~ 15:40						
		利用定員		16 人						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			介護報酬告示上の額					
		法定代理受領分以外			"					
その他の費用			運営規程の通り							
通常の事業実施地域				神戸市内						

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 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			
	非常勤(人)			2		5		2	
	適合の可否								
	営業日	月、火、水、金、土 (8/13~8/15、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)	9:25 ~ 15:40							
	定員			16人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		49.5㎡		
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)								
	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		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 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

フリガナ		モミジノデイ							
名 称		紅葉のデイ							
所在地		(郵便番号 653 - 0016) 神戸市長田区北町 1-50							
連絡先		電話番号 078-375-7243				FAX 番号 078-375-7243			
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				
	地域密着型通所 介護								
管 理 者	フリガナ				住所				
	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	地域密着型通所介護					
		従事する職種及 び勤務時間等	生活相談員 8:00 ~ 17:00						
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				1	
非常勤 (人)				2 (1.6)		2 (0.9)		2 (0.4)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計 面積		60.3 m ²				基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否	
主 な 掲 示 事 項	単位数： 単位	営業日及び休日		営業日：月～土・祝、休業日：(日)、12/31～1/3					
	単位が複数ある場 合は「付表 6-1 別 紙」に記入	営業時間		8:00 ~ 17:30 ✓					
		サービス提供時間（送迎 時間を除く）		9:00 ~ 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		運営規定のとおり					
通常の事業実施地域		神戸市長田区、兵庫区							

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・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		1	
	非常勤(人)			2		2		2	
	適合の可否								
	営業日	営業日：月～土・祝、休業日：(日)、12/31～1/3							
	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 ～ 16：30							
	定員	18人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		60.3㎡	
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)								
	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		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 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	セイカツリハビリ デイサービス ツヤッコ							
	名称	生活リハビリ デイサービス つやっこ							
	所在地	(郵便番号 653-0024) / 神戸市長田区浜添通 2丁目 1-9							
	連絡先	電話番号	078-515-6064			FAX 番号	078-515-6063		
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 号・3 号・9 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					
	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				1	
非常勤(人)									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		56 m ²				基準上の必要数値		適合の可否	
						m ² 以上			
主な揭示事項	単位数：2単位	営業日及び休日		営業日：月～金、 休日：土、日、祝、年末年始（12月28日～1月3日）、 お盆（8月13日～16日）※運営規程の通り					
	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）		付表 6-1 別紙参照					
		利用定員		1単位10名、2単位10名					
	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／神戸市が定める額					
法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額							
その他の費用		運営規程の通り							
通常の事業実施地域		須磨区・長田区・兵庫区							

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・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

	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	
① 単位	常勤(人)		1			1		1		
	非常勤(人)									
	適合の可否									
	営業日	営業日：月～金 [祝、年末年始(12月28日～1月3日)、お盆(8月13日～16日)を除く] ※運営規程の通り								
	営業時間	8:00		～	17:30					
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	8:30		～	12:15					
	定員			10人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		56㎡		
	② 単位	常勤(人)		1			1		1	
非常勤(人)										
適合の可否										
営業日		営業日：月～金 [祝、年末年始(12月28日～1月3日)、お盆(8月13日～16日)を除く] ※運営規程の通り								
営業時間		8:00		～	17:30					
サービス提供時間 (送迎時間を除く)		13:15		～	17:00					
定員				10人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		56㎡		
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	ホウモンカイゴジギョウシヨ カナエバ							
	名称	訪問介護事業所 かなえ場							
	所在地	(郵便番号 653-0042) 兵庫県神戸市長田区二葉町3丁目1-10							
	連絡先	電話番号	078-643-6558		FAX番号	078-643-6553			
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号					
管理者	フリガナ			住所					
	氏名			住所					
	事業所内での従業者との兼務	有・無		兼務職種	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	訪問介護事業所 かなえ場		従事する職種及び勤務時間等	管理者 兼 サービス提供責任者			
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	つばめ訪問看護リハビリステーション							
	事業者番号 2862090335	住所	(郵便番号 674-0074) 兵庫県明石市魚住町清水 137-17						
計画作成責任者	フリガナ	タバタ カオリ			フリガナ	ムラマツ アヤコ			
	氏名	田端 香			氏名	村松 文子			
	資格	介護福祉士			資格	社会福祉士			
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	
	常勤(人)	8	8	6					
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			36.5日/					
	営業時間			24時間/					
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)			別途資料参照				
		法定代理受領分以外			別途資料参照				
	その他の費用			別途資料参照					
通常の事業実施地域			神戸市長田区/						

- 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 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コウベキタ										
	名称	コウダイケアコールセンター神戸北										
	所在地	(郵便番号 651-1114) 神戸市北区鈴蘭台西町 1-16-3										
	連絡先	電話番号	078-597-9955			FAX 番号	078-595-5880					
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											
	氏名	住所										
	事業所内での従業者との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		兼務職種	管理者・サービス提供責任者							
	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	コウダイケアサービス神戸北訪問介護事業所			従事する職種及び勤務時間等	9:00~18:00					
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					フリガナ						
	氏名	別紙一覧				氏名						
	資格					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)		5		5	5		1					
非常勤 (人)		19 (6.5)		19 (6.5)	32 (2.0)		1.5 (1.5)					
常勤換算後の人数 (人)							2.5					
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 (一割負担分)				介護報酬上の告示額 神戸市A定額						
		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				神戸市北区 /								

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 「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 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	テイキジュンカイサービス サンビラコウベ										
	名称	定期巡回サービス サンビラこうべノ										
	所在地	(郵便番号 651-2321) 兵庫県神戸市西区神出町宝勢 774-173										
	連絡先	電話番号	078-389-4165		FAX 番号	078-385-0494						
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) (ハ)								
管理者	フリガナ			住所								
	氏名											
	事業所内での従業者との兼務	有		無	兼務職種	オペレーター兼計画作成責任者						
	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	(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	訪問看護ステーションサンビラコウベ										
	事業者番号	(郵便番号 -)										
		住所										
計画作成責任者	フリガナ	トムラ アキコ			フリガナ	フナオカ シホ						
	氏名	戸村 聡子			氏名	船岡 志保						
	資格	看護師			資格	看護師						
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)		2		2		1		2				
非常勤 (人)		15 (33)		15 (33)		8 (28)		2 (28)				
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 (一割負担分)				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				通報に使用する機器の通信に係る費用							
通常の事業実施地域				神戸市西区神出町								

- 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。

3/15 起野

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	プラスステップエイジジュンカイサイズイジタイオウガタハウモンカイゴカンゴ									
	名称	ぷらすてつぷ定期巡回・随時対応型訪問介護看護									
	所在地	(郵便番号 651-0063) 神戸市中央区宮本通六丁目1番28号				(info@positive-plus.jp)					
連絡先	電話番号	078-222-1557			FAX番号	078-336-3577					
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 6 項第 号						
管理者	フリガナ				住所	〒					
	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	オペレーター・訪問員・計画作成責任者					
	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				
<input checked="" type="radio"/> 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										
	事業者番号	住所	(郵便番号 -)								
計画作成責任者	フリガナ					フリガナ					
	氏名					氏名					
計画作成責任者	資格					資格					
	フリガナ					フリガナ					
計画作成責任者	氏名					氏名					
	資格					資格					
計画作成責任者	フリガナ					フリガナ					
	氏名					氏名					
計画作成責任者	資格					資格					
	フリガナ					フリガナ					
計画作成責任者	氏名					氏名					
	資格					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)		9		9		7		4			
非常勤(人)										2(0.4)	
常勤換算後の人数(人)							4.0				
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(一割負担分)				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				運営規定の通り						
通常の事業実施地域				神戸市中央区							

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 「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						
業者	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			
利用者の「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
		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（ユニット毎に配置）	
						他職種と兼務可	
						居室・食堂面積	
				常勤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	
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	その他			
	その他			その他			
	その他			その他			
機関協力医療	名称	近距離にあることが望ましい		名称			
	名称			名称			
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			
資料書類		別添のとおり					

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	名称					
	所在地		郵便番号			
	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・協賛行為等の名称						
管理者	代表者		職名			
	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 <small>兼務の場合は記入</small>		兼務可			
上乗料の有無		有 無				
施設事業別の名称		介護福祉施設の種類、員数				
短期入所（生活介護）の施設の名称		事業所名称、住所、施設型				
介護施設（指定款を記入）		各種入所利用名（介護型の場合は）				
		入居定数を記入				
従業者の職種・員数			医師	生活相談員	介護職員	看護職員
			専任	兼務	専任	兼務
地域密着型介護老人福祉施設 生活介護の定員（人） 生活介護の必要人員（人） その他必要人員（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1人以上(ユニットごと)	常勤1人以上
			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
			専任	兼務	専任	兼務
地域密着型介護老人福祉施設 生活介護の必要人員（人） その他必要人員（人）			1人以上	1人以上 他職種と兼務可	常勤1人以上 他職種と兼務可	
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		利用者の生活環境	
			居室の面積	生活環境	利用者の生活環境	生活環境
居室	1室の最大定員		1人			
	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			
	中廊下の幅		1.8m以上			
主な掲示事項						
入所（利用）定員			29人以下（10人以下/ユニット）			
その他	生活環境					
	生活環境					
療養機関	名称	近距離にあることが望ましい		利用状況		
	名称			利用状況		
地域福祉委員会の名称			有 無			
その他事項			記入してください			

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			(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	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)		1人以上		
非常勤 (人)		+				
前記50歳以上の者 (人)		訪問サービス1人以上 (日中時間帯)		他職種と兼務可		
50歳以上の者 (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 (一部耐火構造物可)					
	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	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	法定代運賃額分				
		法定代運賃額分以外				
	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(施設)地域						
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られている取組・留意事項等の全文				第 〇 条 第 〇 項 第 〇 号					
事業の種類	サービスの種類	名称		事業の区分					
事業の形態		訪問・在宅サービス等の他			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				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		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人数(併設施設が記入)									
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	
		専任	非常勤	専任	非常勤	専任	非常勤	専任	非常勤
常勤	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		
建物		居室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							
事業の実施状況	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)						
	費用		食材料費及び調理にかかる費用相当額						
	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			主な診療科目			
		名称				主な診療科目			
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

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			
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)	非常勤(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	1人以上		
		常勤1人以上	内1人は常時従事 常勤1人以上	他職種と兼務可		
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)				
	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							
	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		常勤1人以上							
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 ㎡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									

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事項(訪問介護の給費)				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 (複数ある場合は一箇所を承付)											
	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1人以上										
	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	
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												
主な指示事項	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												