付表１　介護予防・日常生活総合事業訪問介護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付番号 |  | |
| 事　業　所  事　業　所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | |
| 当該事業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 | |  | | | | | | | | |
| 当該事業において兼務する場合の他の職種 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所・  施設において兼務する場合 | | | | | | | 事業所等名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | 住  所 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | 住  所 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | 住  所 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 訪問介護員等の員数 | | | | | | | | | 専従 | | | | | | 兼務 | | | | | | |  | | | | |
|  | 常勤（人） | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| 非常勤（人） | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 出張所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | |
| 主な掲示事項 | 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(１割負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業  の実施地域 | | | | ① | | | | | ② | | | | | | ③ | | | | | | | ④ | | | ⑤ |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注１「受付番号」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別様に記載した書類を添付してください。

　３「出張所」欄は、訪問介護事業を当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される　　事務所がある場合に記載してください。

　４　添付書類については、町に確認してください。