

付表 1 2 訪問型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 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号	FAX 番号		
	メールアドレス				
	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		
同一事業所で行う指定介護サービスの種別、名称		事業所番号			
管理者	フリガナ 氏 名	住所	(郵便番号 -)		
	生年月日				
	訪問介護員との兼務	有 ・ 無			
	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			
サービス提供 責任者	フリガナ 氏 名	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名	住所	(郵便番号 -)		
	利用者の推定数	人			
	従業者の職種・員数		訪問介護員等		
		専従	兼務		
常 勤 (人)					
非常勤 (人)					
常勤換算後の人数 (人)					
基準上の必要人員 (人)					
適合の可否					
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日			
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	食事の提供に要する費用				
通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり				

備考

- 「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。
- 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。
- 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 当該事業以外のサービスを実施する場合には、当該事業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。
- 今後、介護保険に関する本市からのお知らせ通知については、電子メールのみにすることを想定しているため、「メールアドレス」は必ず記載してください。

訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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	
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日		
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	食事の提供に要する費用			
通常の事業実施地域				

備考

- 1 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。
- 2 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。