付表１

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 | | |  | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | | | 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 |  | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | 住所 | | 郵便番号 | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | | 住所 | | 郵便番号 | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | | 住所 | | 郵便番号 | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | | 住所 | | 郵便番号 | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | 訪問介護員等  （サービス提供責任者を含む。） | | | | | | | |  | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | |
|  | 常勤（人） | | | |  | | |  | | | | |
| 非常勤（人） | | | |  | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | |  | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | |  | | | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」欄には、記入しないでください。

２　サービス提供責任者は、全員記入してください。

３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付して

ください。