付表１　介護予防相当訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）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　　　　－　　　　　　）  　　　　　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・寄付行為の条文 | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　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 | | |  | | | | | | |
| 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） | | | | |  | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数（人） | | | | |  | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | |  | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分（１割又は２割負担分） | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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、又は別様に記載した書類を添付してください。

　　　　３「主な掲示事項」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。

　　　　４出張所がある場合、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。