付表1　訪問介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | |
| 訪問介護員等との業務の有無 | | | | | | | | | 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、  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 | | | | | | | |  | | | | |
| 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　「基準上の必要人数」及び「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　当該訪問介護相当サービス以外のサービスを実施する場合は、当該訪問介護相当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。