付表１　介護予防・日常生活支援総合事業による第１号訪問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 |  |
| 訪問介護職員等との兼務の有無 | 有　　・　　無 |
| 申請に係る事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合 | 事業所等の名称 |  |
| 兼務する職務及び勤務時間 |  |
| 利用者の数（新規申請時は推定数）（人） |  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住　所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 資　　格 |  |
| フリガナ |  | 住　所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 資　　格 |  |
| 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） |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 備　考 |  |

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　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

３　申請に係る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業所を有する時は、

当該事業所に関し事業所及び運営の概要の欄に記入すべき事項を、別紙に記入して添付してくださ

い。なお、当該事業所の従業者の員数については、この様式の従業者の職種・員数の欄に含めて記

入してください。

４　サービス提供責任者の欄について記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入し、又は別紙に

記入してください。