介護予防訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　)　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| E-mail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 |
| 管　理　者 | フリガナ | 　 | 住所 | (〒　　　－　　　　) |
| 名　前 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | 　 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | 事業所等名称 | 　 |
| 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 | （〒　　－　　　） |
| 名　前 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （〒　　－　　　） |
| 名　前 |  |
| 従業者の職種・員数 | 訪　問　介　護　員　等 | 利　用　者　数（前３月の平均）退院等乗降介助のみの利用者は０．１人として計算 |
| 専　　従 | 兼　　務 |
|  | 常　　　勤　　　(人) | 　 | 　　 |
| 非 　常 　勤 　(人) | 　　 | 　　 |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  | 人 |
| 主な掲示事項 | 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | 　 | ～ | 　 | 土曜 |  | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 備考 |  |
| 利 用 料 | 法定代理受領分 | 介護報酬告示上の額の１割又は２割（負担割合証の割合に準ずる） |
| 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 |  | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |
| 添 付 書 類 | 　別　添　の　と　お　り |

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すること。

２　出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表１－２に記載すること。

３　「主な掲示事項」については，本欄の記載を省略し，別添として差し支えない。