**付表１　訪問介護現行相当サービス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 | |  | |
| 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 | |  | | |
| 事業所内の従業者との兼務の有無 | | | （有・無） | | （職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 他事業所の従業者との兼務の有無 | | | （有・無） | | 事業所の名称 | | |  | | |
| 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 | |  | | |
|  | | | | | 訪問介護員等  （サービス提供責任者含む） | | | | | | | 常勤換算後の人数（人） |
| 専　従 | | | 兼　務 | | | |
|  | 常勤（人） | | | |  | | |  | | | |  |
| 非常勤（人） | | | |  | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | | 営業日 | | |  | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | |

備考　１「受付番号」欄には、記入しないでください。

２　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

| 今回指定する事業の指定有効期限を同一所在地において行なう同種の事業の指定有効期限に合わせることへの同意 | □　同意します。  　次回の更新は、同種の事業と同時かつ一体的に行ないます。 |
| --- | --- |

３　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。