

付表 1-1 介護予防型訪問サービス・生活支援型訪問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					
	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または施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入)		名称			
		兼務する職種および勤務時間等				
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					
利用者の推定数	人					
従業者の職種・員数		訪問介護員等		従事者		
		専従	兼務	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						
主な揭示事項	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					

注1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「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、または別葉に記載した書類を添付してください。

3 「主な揭示事項」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。