付表１

介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービス指定（更新）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 |  | FAX番号 |  |
| 出張所等 | フリガナ |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 連　絡　先 | 電話 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文 | 第　　条　第　　項　第　　号 |
| 管　　理　　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 当該指定訪問介護事業所又は当該指定介護予防訪問介護事業所で兼務する他の職務（兼務の場合記入） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼務の場合記入） | 名　称 |  |
| 兼務する他の職務 |  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住所 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| フリガナ |  | 住所 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| ＊従業者の職種及び員数 | 訪問介護員数 |  |
| 専　従 | 兼　務 |
|  | 常勤(人) |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| 常勤換算後の人員(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１　※印の欄には、記入しないこと。

　　２　＊印の欄は、出張所等がある場合に、事業所に含めて記入すること。

　　３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

　　４　添付書類

　　　⑴ 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等

　　　⑵　事業所の平面図

　　　⑶　事業所の管理者の経歴を記載した書面

　　　⑷　事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書面

　　　⑸　運営規程

　　　⑹　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面

　　　⑺　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

⑻　当該申請に係る資産の状況を記載した書面

　　　⑼　当該申請に係る事業に係る第一号事業支給費の請求に関する事項を記載した書面

　　　⑽　欠格事由に該当しないことを誓約する書面

　　　⑾　役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面

⑿　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面