

付表 1

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)							
		専従		兼務		届出の前月 人							
常勤 (人)						届出の前々月 人							
非常勤 (人)						届出の前々々月 人							
常勤換算後の人数(人)						人							
主な 揭示 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又は市が定めた額の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又は市が定めた額							
	その他の費用												
	通常の事業 実施地域	①	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、欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付すること。
 2 「主な揭示事項」については、本欄の記入を省略し、別添として差し支えない。