

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<br>揭示<br>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、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。  
 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。