

**付表１**

**山武市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号訪問事業)の指定に係る記載事項**

当該事業所と同一敷地内で提供する全てのサービスにチェックしてください。

　□訪問介護　□介護予防訪問介護相当サービス　□訪問型サービスＡ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | 有　（　訪問介護員等　・　従業者　）・　　無 |
| 当該第１号訪問事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） | 事業所等の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| サービス提供責任者又は訪問事業責任者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　） |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　） |
| 氏名 |  |
| 従業者の員数 | 訪問介護員等（介護予防訪問介護相当サービス） | 訪問介護員等（訪問型サービスＡ） |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  | （参考） |
| 主な掲示事項 | 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 | 　　～ |
| 利用料 | 法定代理受領分（1割、2割または3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 | 別添　指定申請に係る必要書類一覧のとおり |

備考

1　「山武市使用欄」欄には、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又は別葉に記載した書類を添付してください。

3　従業者の員数については、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」と一致します。

4　「主な掲示事項」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。