

介護予防・日常生活支援総合事業による第1号訪問事業所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				
申請に係る事業の実施について定める定款、寄附行為等の条項					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									
	訪問介護員等との兼務の有無				有 ・ 無					
	申請に係る事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合		事業所等の名称							
		兼務する職務及び勤務時間								
利用者の数(新規申請時は推定数)(人)										
サービス提供責任者	フリガナ			住所						
	氏名									
	資格									
	フリガナ			住所						
	氏名									
資格										
従業者の職種・員数		訪問介護員等					備考			
		専従			兼務					
常勤(人)										
非常勤(人)										
常勤換算後の員数(人)										
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考
	営業時間									
	サービス提供時間									
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)								
		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	別添のとおり									

備考

- 1 主な揭示事項の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、または別様に記載した書類を添付してください。