付表１　介護予防訪問介護相当サービスの指定（更新）に係る記載事項

　　当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□訪問介護　□介護予防訪問介護相当サービス　□共生型訪問型サービス

□訪問型サービスＡ（Ａ－１）　□訪問型サービスＡ（Ａ－２）　□訪問型サービスＡ（Ａ－３）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| （ビルの名称等） |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Email |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | □有　　□無 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | 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 | フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 従業者の職種・員数(一体的に実施する訪問介護事業所を含む) | 訪問介護員等 |
| 専　従 | 兼　務 |
|  | 常勤（人） |  |  |
|  | 非常勤（人） |  |  |
|  | 常勤換算後の人数（人） |  |  |
|  | ※基準上の必要人数（人） |  |  |
|  | ※適合の可否 |  |  |
| 利用者の推定数（人） |  |
| 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 |  |
| 【添付書類】別添のとおり |

備考

１　※印の欄は、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様に記載した書類を添付してください。

３　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。