

付表 1-1 介護予防訪問型サービス事業者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	
Eメールアドレス		@			
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			
当該事業所に係る指定状況	サービス名称		指定年月日	指定有効期間	指定権者
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		
	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)		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	(郵便番号 -)		
	氏 名				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏 名				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
氏 名					
従業者の職種・員数		訪問介護員等(サービス提供責任者を含む)		利用者の推定数(人)	
		専 従	兼 務		
常勤(人)				人	
非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)					
主な揭示事項	営業日	曜日 ~ 曜日			
	年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /			
	営業時間	: ~ :			
	利用料	法定代理受領分(1割~3割負担分)		介護報酬告示上の額	
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額	
	その他の費用	運営規程のとおり			
通常の事業の実施地域					

備考

- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を「付表 1-2」に記載してください。また、従業者については、本様式に出張所等に勤務する職員も含めて記載してください。
- サービス提供責任者は、全員記載してください。
- 記入欄が不足する場合は、別様に記載した書類を添付してください。