**指定訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項**

（付表１）

提供するサービスすべてにチェック印をつけてください。

□訪問介護　　□訪問介護相当　　□緩和型訪問介護

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (郵便番号　　　　　－　　　　)  　　　　　都　道　　　　　　市　区  府　県　　　　　　町　村 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | ＴＥＬ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ | |  | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | 住　所 | | | | | (郵便番号　　　－　　　　　　) | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護員（従事者）等との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | （　有　・　無　） | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所または施設  （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 | | | (郵便番号　　　－　　　　　　) | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問事業責任者等との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | （　有　・　無　） | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 住　所 | | | (郵便番号　　　－　　　　　　) | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問事業責任者等との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | （　有　・　無　） | | | | | | | | | | | |
| 当該サービスの該当する区分に印をつけてください  □訪問介護相当　　□訪問介護相当＋緩和型訪問介護  □訪問介護＋訪問介護相当  □訪問介護＋訪問介護相当＋緩和型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者 |  | | | | | | | | | | | 従事者（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） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 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 | | ~ | |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| 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葉に記載した書類を添付してください。

　　　２　サービス提供責任者が３名以上の場合は、「サービス提供責任者一覧」を提出してください。

　　　３　「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。