付表1-1

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型）の指定に係る記載事項

　　　　　　総合事業（国基準相当サービス）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 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　） |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ） | 事業所等名称 |  |
| 職種及び勤務時間 |  |
| 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 |  | 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 |  | ～ |  | 日・祝 |  | ～ |  |  |
| 土曜 |  | ～ |  | 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 | ① | ② | ③ | ④ |
| 備考 |  |
| 添付書類の有無 | 有　・　無　 |

※記入欄が不足する場合は、別紙に記載し添付してください。