付表　　　指定居宅介護支援事業者の記入事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　　　 － 　　　　　　　）  都　道 　　郡　市  府　県 　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 直通連絡先 | | 直通電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　　－ 　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 当該居宅介護支援事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の  他の事業所又は施設  （兼務の場合のみ記入） | | | | | | 事業所等名称 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の予定数 | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者 |  | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・祝 | |  | | ～ |  | |
| 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 | | | | | | ⑤ | | |  |
| 備考 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考　１　「受付番号」欄には、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　「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。

(1)　営業日の欄は営業する曜日等に「○」を付してください。

(2)　営業時間は24時間表示で記入し，「平日」、「土曜」、「日曜・祝日」の３区分で表示で

きない場合は、備考欄に具体的に記入してください。

(3) 通常の事業実施地域の欄は，市町村単位で記入するものとし、それによらない場合は、

備考欄に記載してください。

４　当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援サービ

ス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。