付表１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**【記入例】**

訪問介護事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | ○×カイゴサービス |
| 名　称 | 　○×介護サービス申請書（様式第1号）裏面で記載した同一の所在地、連絡先を記入 |
| 所在地 | （郵便番号５４０－××××）大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル５階（ビルの場合は、名称、部屋番号を記入） |
| 連絡先 | 電話番号 | ××－××××－×××× | ＦＡＸ番号 | ××－××××－×××× |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文 | 第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 　管　理　者 | フリガナ | 　○△　　×□ | 住所・連絡先 | （郵便番号５４０－××××）自宅住所電話番号　大阪市中央区○○町一丁目○番○号 |
| 氏　名 | ○△　×□ |
| 生年月日 | 昭和○○年○月○日生 | 電話番号 | 00－0000－0000 | FAX番号 | 00－0000－0000 |
| 他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入） |
|  | 当該訪問介護・介護予防訪問介護事業所内での他の職務との兼務 | 職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類 | （訪問介護、福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与の管理者兼務する場合）　○×介護サービス①福祉用具貸与、②介護予防福祉用具貸与 |
| 兼務する職種及び勤務時間 | ①～②管理者（9:00-18:00）８時間勤務／日 |
| 利用者の推定数 | 　４０　　人 | （前三月の平均値、新規の場合は予測される数を記入） |
| サービス提供責任者 | フリガナ | ○×　○× | 住所 | （郵便番号５４０－××××）　大阪市中央区○○町一丁目○番○号 | 資格 | 　介護福祉士 |
| 氏　名 | ○×　○× |
| フリガナ | 　　○△　□□ | 住所 | （郵便番号５４０－××××）　大阪市中央区○○町一丁目○番○号 | 資格 | 　基礎研修修了 |
| 氏　名 | ○△　□□ |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| 従　業　者 |  | 訪問介護員等 | 管理者、その他職員は除くこと。 |
| 専　従 | 兼　務 |
| 常勤（人） | ３ | １ |
| 非常勤（人） | １ |  |
| 常勤換算後の人数 | ４．０ |
| 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 | 12/30-1/3,8/13-8/15 |
|  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |  |
| 営業時間 | 平日 | 9:00 | ～ | 18:00 | 土曜 |  | ～ |  | 日・祝 |  | ～ |  |
| 備考  |
| 利用料 | 法定代理受領分　　　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 | 運営規程に定めるとおり |
| 通常の事業実施地域 | ①大阪市中央区 | ②大阪市北区 | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 | 運営規程の記載内容と一致させてください |

備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。