

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									
	所在地	(郵便番号540-××××) 大阪市中央区〇〇町一丁目〇番〇号□ビル5階 (ビルの場合は、名称、〒を併記)									
	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-××××) 大阪市中央区〇〇町一丁目〇番〇号						
	氏名	○△ ×□			自宅住所 電話番号						
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生		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の兼務する職種及び勤務時間	(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 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-××××) 大阪市中央区〇〇町一丁目〇番〇号		資格	介護福祉士			
	氏名	○× ○×									
	フリガナ	○△ □□		住所	(郵便番号540-××××) 大阪市中央区〇〇町一丁目〇番〇号		資格	基礎研修修了			
	氏名	○△ □□									
	フリガナ			住所	(郵便番号 - )		資格				
	氏名										
従業員				訪問介護員等							
				専従	兼務						
	常勤(人)			3	1						
	非常勤(人)			1							
常勤換算後の人数			4.0				← 管理者、その他職員は除くこと。				
主な揭示事項	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	~
	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	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。										
	運営規程の記載内容と一致させてください										