

付表2

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴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		申請書(様式第1号)裏面で記載した同一所在地、連絡先を記入。								
	名称	○×介護サービス										
	所在地	(郵便番号 ×××-××××) ○○市○○町○○丁目○○番○○号 □□ビル○○号 (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		(郵便番号 ×××-××××)						
	氏名	○○ ○○				○○○・・ (自宅の住所)		自宅住所、電話番号を記入				
	生年月日	○○年○月○日生まれ		電話番号	00-000-0000	FAX番号	00-000-0000					
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)											
	当該訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護事業所内での他の職務との兼務		職種	(兼務する場合のみ記入)								
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	(兼務する場合のみ記入)		サービスの種類等							
利用者数の推定数		10人		(前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)								
従業者	常勤(人)		看護師・准看護師		介護職員							
			専従	兼務	専従	兼務						
	非常勤(人)				1							
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	
	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	①大阪市中央区		②大阪市北区		③		④		⑤			
実施地域	備考 運営規程の記載内容と一致させてください											
協力医療機関	名称	○○医院			主な診療科名			内科、外科、整形外科				
	名称	××診療所			主な診療科名			内科				
	名称				主な診療科名							

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。