

付表 7-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市													
連絡先	電話番号							FAX番号							
施設等の区分の別		一体型 ・ 連携型													
併設施設等	種別					名称					事業所番号				
管理者	フリガナ							(郵便番号 -)							
	氏名							住所							
	生年月日														
	当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護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							事業所番号						
		兼務する職種及び勤務時間等													
連携する指定訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)							名称								
							住所	(郵便番号 -)							
予定利用者数	人														
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		訪問看護サービスを行う看護師等				うち計画作成責任者			
		定期巡回サービス		随時訪問サービス				看護職員		理学・作業療法士・言語聴覚士					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)															
非常勤(人)															
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
適合の可否															
主な揭示事項	営業日														
	営業時間														
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)													
		法定代理受領分以外													
	その他の費用														
通常の事業実施地域															
添付書類	別添のとおり														

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
- 3 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。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。