（参考様式14）

事業所一覧

貴法人において、海南市の指定を受けているすべてのサービス（「地域密着型（介護予防）サービス」、「介護予防・日常生活支援総合事業」及び「居宅介護支援」）を記入してください。

事業所番号			
事業所の名称		事業所の所在地	市・郡 （ビルの名称等）
サービスの種類（指定を受けているサービスの番号に○を付してください）	（地域密着型（介護予防）サービス） 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　2. 夜間対応型訪問介護　3. 地域密着型通所介護　4. 認知症対応型通所介護 5. 小規模多機能型居宅介護　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 地域密着型特定施設入居者生活介護 8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 （介護予防・日常生活支援総合事業） 1. 介護予防訪問介護相当サービス　2. 訪問介護サービスA　3. 介護予防通所介護相当サービス （居宅介護支援） 1. 居宅介護支援		

事業所番号			
事業所の名称		事業所の所在地	市・郡 （ビルの名称等）
サービスの種類（指定を受けているサービスの番号に○を付してください）	（地域密着型（介護予防）サービス） 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　2. 夜間対応型訪問介護　3. 地域密着型通所介護　4. 認知症対応型通所介護 5. 小規模多機能型居宅介護　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 地域密着型特定施設入居者生活介護 8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 （介護予防・日常生活支援総合事業） 1. 介護予防訪問介護相当サービス　2. 訪問介護サービスA　3. 介護予防通所介護相当サービス （居宅介護支援） 1. 居宅介護支援		

事業所番号			
事業所の名称		事業所の所在地	市・郡 （ビルの名称等）
サービスの種類（指定を受けているサービスの番号に○を付してください）	（地域密着型（介護予防）サービス） 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　2. 夜間対応型訪問介護　3. 地域密着型通所介護　4. 認知症対応型通所介護 5. 小規模多機能型居宅介護　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 地域密着型特定施設入居者生活介護 8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 （介護予防・日常生活支援総合事業） 1. 介護予防訪問介護相当サービス　2. 訪問介護サービスA　3. 介護予防通所介護相当サービス （居宅介護支援） 1. 居宅介護支援		

事業所番号			
事業所の名称		事業所の所在地	市・郡 （ビルの名称等）
サービスの種類（指定を受けているサービスの番号に○を付してください）	（地域密着型（介護予防）サービス） 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　2. 夜間対応型訪問介護　3. 地域密着型通所介護　4. 認知症対応型通所介護 5. 小規模多機能型居宅介護　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 地域密着型特定施設入居者生活介護 8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 （介護予防・日常生活支援総合事業） 1. 介護予防訪問介護相当サービス　2. 訪問介護サービスA　3. 介護予防通所介護相当サービス （居宅介護支援） 1. 居宅介護支援		

事業所番号			
事業所の名称		事業所の所在地	市・郡 （ビルの名称等）
サービスの種類（指定を受けているサービスの番号に○を付してください）	（地域密着型（介護予防）サービス） 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　2. 夜間対応型訪問介護　3. 地域密着型通所介護　4. 認知症対応型通所介護 5. 小規模多機能型居宅介護　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 地域密着型特定施設入居者生活介護 8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 （介護予防・日常生活支援総合事業） 1. 介護予防訪問介護相当サービス　2. 訪問介護サービスA　3. 介護予防通所介護相当サービス （居宅介護支援） 1. 居宅介護支援		

※同一法人において、複数の事業所の指定を受けている場合は、事業所番号毎に記入してください。