付表１

訪問型サービス事業者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　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		FAX 番号	
		Email アドレス			
併設事業所の種別、名称				事業所番号	

管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	生年月日			
当該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）	名 称		事業所番号	
	兼務する職種及び勤務時間等			

サービス提供責任者（訪問事業責任者）	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）
	氏　　名			
	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）
	氏　　名			

従業者	訪問介護員等（従業者）		常勤（人）	非常勤（人）
		専　従		
		兼　務		

利用者数（前３月の平均）

通院等乗降介助のみ利用者は 0.1 人として計算

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		
	営業時間	平日	～	土曜	～	日曜・祝日	～					
	利 用 料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額又は市が定めた額（負担割合証の割合に準ずる）									
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額又は市が定めた額									
	その他の費用											
	通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤						
		備 考										
添付書類		別添のとおり										

備考

1　「受付番号」欄には、記入しないでください。
2　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。
3　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。
4　「主な掲示事項」欄については、本欄への記載の代わりに内容が分かる資料の添付でも可とします。
5　「利用者数」欄の「前三月の平均値」は、暦月ごとの実利用者の数を合算し、三で除して得た数としてください。ただし、指定訪問介護のうち、通院等乗降介助に該当するもののみを利用した者の当該月における利用者の数については、0.1 人として計算してください。