**付表１－１（現行訪問）**

**阿南市介護予防訪問介護相当サービスの指定に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事　 業　 所** | **フリガナ** |  |
| **名称** |  |
| **所在地** | 〒　　　　－　　　　 |
| **連絡先** | **電話番号** |  | **F A X** |  |
| **当該事業の実施について定めて****ある定款・寄附行為等の条文** | 　第　　　　条 第　　　　項 第　　　　号 |
| **管　　理　　者** | **フリガナ** |  | **住所** | 〒　　　　－　　　　 |
| **氏名** |  |
| **生年月日** |  |
| **当事業所で兼務する他の職種** | 有　 ・ 　無 | **職　　名** |  |
| **同一敷地内の他の事業所****又は施設の従業者との兼務****（兼務の場合記入）** | **事業所等名称** |  |
| **兼務する職種****及び勤務時間等** |  |
|  |
| **サービス提供****責任者** | **フリガナ** |  | **住所** | 〒　　　　－　　　　 |
| **氏名** |  |
| **フリガナ** |  | **住所** | 〒　　　　－　　　　 |
| **氏名** |  |
| **従業者の職種・員数** | **訪　問　介　護　員　等** |  |
| **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 掲 示 事 項** | **営業日** | **日** | **月** | **火** | **水** | **木** | **金** | **土** | **祝** | **その他****年間休日** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **営業時間** | **平日** | 　　　 　～　　　　 | **土曜** | ～ | **日曜・祝日** | 　　　　　～ |
| **利用料** | 法定代理受領分（負担割合証に記載されている負担割合に応じた額） |
| 法定代理受領分以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **その他の費用** |  |
| **通常の事業実施地域** | 　① | ② | ③ |
| **添　　 付　　 書　　 類** | 別添「指定申請に係る提出書類一覧」のとおり |

【 備考 】

１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記入した書類を添付してください。

２　出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表１-２に記入してください。

３ 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

４ 「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。

５　当該サービス以外のサービスを実施する場合には、当該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｡

６　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する者

の員数との合計数を記載してください。

 **介護予防・日常生活支援総合事業用**