**付表**

**指定居宅介護支援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 | | | | |  | | | | | | | | |
| E-Mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の予定数 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者 |  | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 専従 | | | | | | | 兼務 | | | | | | |
| 常　勤（人） | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 非常勤（人） | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日及び休日 | | | | 日 | | 月 | | | | 火 | 水 | | | | 木 | | | 金 | | | 土 | | | | | その他年間の休日 | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |
| 営業時間 | | | | 平日 | | |  | | | | ～ | |  | | | | | | 土曜 | | | | | |  | | ～ | |  | | | 日祝 |  | | ～ |  |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | 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紙に記載して添付してください。

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　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　当該指定居介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。