付表１

久喜市介護予防・日常生活支援総合事業　第１号訪問事業の事業者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 | | |  | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある条例等の条文 | | | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | |
| 申請に係る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) | | | | 事業所または施設の名称 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | 相当  ・  緩和 | | 常勤・非常勤 | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 専従・兼務 | |
| フリガナ | |  | | | | | 住所 | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | 相当  ・  緩和 | | 常勤・非常勤 | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 専従・兼務 | |
| 予定利用者数 | | | 人(うち他の市町村の予定利用者数　　　　　　人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | 基準を緩和した訪問型サービス | | | | | | | |
| 訪問介護員等  （サービス提供責任者を含む） | | | | サービス提供  責任者 | | | | | | 従業者 | | | | | サービス提供  責任者 | | |
| 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 | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分(1割または２割負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。