様式第５号

介護予防・日常生活支援総合事業第１号訪問事業者の記載事項

１　事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |

２　申請内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の種別（○印を記入） | | | | | | | | | | | ・旧介護予防訪問介護相当サービス（国基準）  ・訪問型サービスＡ | | | | | | | |
| 当該事業の実施に定めている定款等の条項 | | | | | | | | | | | 第　　　　条第　　　　項第　　　　号 | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | | | |  | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　　） | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | |
| 兼務する他の職務（兼務する場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務する事業所又は施設がある場合に記入） | | | | | | | 事業所又は施設の名称 | | | | | |  | | | | |
| 兼務する職務及び勤務時間等 | | | | | |  | | | | |
| サービス  提供責任者 | | | フリガナ | | |  | | | | | | | 住　所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | 住　所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | |
| 従業者 | | 訪問介護員等 | | 区分 | | | 常勤（人） | | | 非常勤（人） | | | | | 常勤換算後の員数（人） | 基準上の員数（人） | 適否 |
| 専従 | | |  | | |  | | | | |  | ※ | ※ |
| 兼務 | | |  | | |  | | | | |

３　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 |  | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | 胎内市が定める額の利用者負担分 | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | 胎内市が定める額 | | | | |
| その他の  費用 |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 |  | | | | | | | | | | | |

（注）※欄は記入しないこと