**付表1-1　九重町介護予防・日常生活支援総合事業(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 | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | |
| 訪問介護員等と兼務する業務の有無 | | | | | | | | （ 有 ・ 無 ） | | | | | | | |
| 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） | | | | | | 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　　－　　　） | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　－　　　） | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | |

備考

1　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。

2　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。