

付表1

訪問介護事業所の指定に係る記載事項

(記載例)

受付番号

事業所	ふりがな	ほーむへるばーすてーしょんまるまる													
	名称	ホームヘルパーステーション〇〇													
	所在地	(郵便番号 870-00xx)													
		大分 県 大分 郡 〇〇町3丁目10-10 市													
連絡先	電話番号	097-〇〇〇-△△△△			FAX番号	097-〇〇〇-△△△△									
	メールアドレス	△△△△△@〇〇〇〇〇.〇〇.〇〇													
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等												第 3 条 第 1 項 第 3 号			
管理者	ふりがな	おおいたかくろう			住所	(郵便番号 870-00xx)									
	氏名	大分 〇 郎				大分市△△町3丁目5-9									
	生年月日	昭和〇△年〇月〇日													
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)					サービス提供責任者									
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(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														
主なサービス提供責任者	ふりがな	おおいたかくろう			住所	(郵便番号 870-00xx)									
	氏名	大分 〇 郎				大分市△△町3丁目5-7									
	ふりがな	おおいたまるみ			住所	(郵便番号 870-00〇x)									
	氏名	大分 〇 美				大分市〇〇町2丁目7-14									
従業者	訪問介護員等														
	専従											兼務			
	常勤(人)											3	1		
	非常勤(人)											15			
	常勤換算後の人数(人)											10.3			
基準上の必要人数(人)															
適合の可否															
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		お盆(8/13~15) 年末年始(12/30~1/3)			
			〇	〇	〇	〇	〇	〇							
	営業時間	平日	8:30		~	17:00		土曜	8:30		~	17:00 日曜・祝日		~	
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示額の1割、2割又は3割の額													
	その他の費用	法定代理受領分以外 介護報酬告示額													
通常の事業実施地域	運営規程に定めるとおり														
添付書類	① 大分市	② 別府市	③	④	⑤										
備考	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 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。
 3 「主な揭示事項」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、出張所等の所在地、サービス提供に当たる訪問介護員の人数を別様にして記載してください。