付表１－１

旧介護予防訪問介護に相当する訪問型サービスの事業者に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | |
| 電子メールアドレス | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 管  理  者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | |
| 名　　前 | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する職種がある場合は、当  該職種の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 同一の敷地内の他の事業所又は施設において兼務する職種がある場合 | | | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 兼務する職種の名称、勤務時間等 | | | | | | | |  | | | | | | |
| サービ  ス提供  責任者 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | |
| 名　　前 | |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | |
| 名　　前 | |  | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | | 訪　問　介　護　員　等 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 専　　　従 | | | | | | 兼　　　務 | | | | | |
|  | 常勤（人） | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | 非常勤（人） | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | 常勤換算後（人） | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 平日 | | ～ | | | | | | | | 土曜日 | | | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　１　記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載し、又は別様に記載した書類を添付すること。

２　当該事業所の所在地以外の場所で当該事業の一部を実施するときは、付表１－２に必要事項を記載して、添付すること。

３　「主な掲示事項」の欄への記載については、当該欄に記載すべき事項を記載した書類を添付することをもって、これに代えることができる。

付表１－２

旧介護予防訪問介護に相当する訪問型サービスの一部を当該事業所の所在地以外の場所で実施する場合の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |
| 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 | 平日 | | ～ | | | | | | | | 土曜日 | | | ～ | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | |
| 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 |  | | | | | | ② | | | | | | ③ | | | ④ | | | ⑤ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載し、又は別様に記載した書類を添付すること。