付表２

**介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所の指定に係る記載事項(第１号訪問事業)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | (　　　　　) |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | (郵便番号　　　－　　　　) |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 当該訪問介護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) | 事業所等名称 |  |
| 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 |  |
| 従業者 |  | 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) |  |
| 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 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| サービス提供時間 |  |
| 備考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 朝日村告示額の１割又は２割(負担割合証の割合に準ずる) |
| 法定代理受領分以外 | 朝日村告示上の額 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 備考 |  |
| 関係書類 | 別添のとおり |

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「主な掲示事項」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。