

付表1-2 共生型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

		受付番号			
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		
メールアドレス			※必須		
同一事業所内での障がい福祉サービス事業実施有無 (共生型サービスの指定を受ける (受けている)場合のみ記載)	実施事業	事業所名	事業所番号	指定年月日	
	居宅介護				
	重度訪問介護				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無		(有・無)	(職種)	
	同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤務時間帯			
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)					
基準上の必要な人数(人)					
適合の可否					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額	
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額	
	その他の費用		運営規程のとおり		
通常の事業の実施地域					
添付書類		別添のとおり			

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「訪問介護員等との兼務の有無」欄について、有の場合は、その兼務する職種を記載してください。
- 4 「常勤換算後の人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値です。
- 5 「メールアドレス」は必ず記載してください。