（付表）

指定居宅介護支援事業者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　　　－　　　　）  県　　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| E－mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 当該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 | | | | 事業所の名称 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 兼務する職種、勤務時間帯等 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 事業開始時の予定利用者数 | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者 |  | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 専従 | | | | | | | | 兼務 | | | | |
| 常　勤（人） | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 非常勤（人） | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | 日 | 月 | | | | 火 | 水 | | 木 | 金 | 土 | | 祝 | その他の年間休日 | |  | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  | |  |
| 営業時間 | | 平日 | | | |  | | | | | | 土曜 | | |  | | | | 日祝日 | |  |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分 | | | | | | |  | | | | | | | 左記以外 | | | |  | |
| その他の経費 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業　　実施地域 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　⑴　「営業日」欄は、該当する欄に「○」を付してください。

　　　⑵　「利用料」欄及び「その他の経費」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。

　　　⑶　記入欄が不足する場合には、適宜、欄を設けて記入するか又は別様に記載した書類を添付してください。