

付表1 訪問型サービス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 - )<br>東京都 郡市 区 |        |   |        |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
|                | 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                                 |                       |        |   |        |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
|                | 訪問介護員等との兼務の有無                        |                       |        |   | (有・無)  |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
|                | 兼務する同一敷地内の<br>他の事業所又は施設<br>(兼務の場合記入) |                       | 事業所等名称 |   |        |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
|                |                                      | 兼務する職種<br>及び勤務時間等     |        |   |        |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
| サービス<br>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            |                                      |                       |        |   | 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<br>揭示<br>事項 | 営業日                                  | 日                     | 月      | 火 | 水      | 木                              | 金 | 土 | 祝     | その他年間の<br>休日 |  |   |       |  |   |
|                | 営業時間                                 | 平日                    |        |   |        |                                |   |   |       | 土曜           |  |   | 日曜・祝日 |  |   |
|                |                                      | 備考                    |        |   |        |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
|                | 利用料                                  | 法定代理受領分               |        |   |        | 介護報酬告示上の額の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             |        |   |        | 介護報酬告示上の額                      |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
|                | その他の費用                               |                       |        |   |        |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
|                | 通常の事業<br>実施地域                        | ①                     | ②      |   |        | ③                              |   |   | ④     |              |  | ⑤ |       |  | / |
|                | 備考                                   |                       |        |   |        |                                |   |   |       |              |  |   |       |  |   |
| 添付書類           | 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 サービス提供責任者が3名以上の場合は付表1-1別紙「サービス提供責任者一覧」を提出してください

(付表1-1別紙)

### サービス提供責任者一覧

|   | 氏名   | 住所        |
|---|------|-----------|
| ① | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ② | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ③ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ④ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑤ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑥ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑦ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑧ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑨ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑩ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑪ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑫ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑬ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑭ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |
| ⑮ | フリガナ | (郵便番号 ー ) |
|   | 氏名   |           |

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、この様式をお使いください。