

介護予防訪問介護相当サービス(現行相当)事業所の指定(更新)に係る記載事項

(表)

管理者	(フリガナ) 氏名	-----		(フリガナ) 住所	(郵便番号 -----)						
	生年月日										
	当該事業所で兼務する場合	兼務する職務									
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合	事業所、施設等の名称									
		兼務する職務及び勤務時間等									
事業開始時の利用者の推定数		-----		人							
サービス提供責任者	(フリガナ) 氏名	-----		(フリガナ) 住所	(郵便番号 -----)						
	生年月日										
	(フリガナ) 氏名	-----		(フリガナ) 住所	(郵便番号 -----)						
	生年月日										
従業者	区 分		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)										
	※基準上の必要人数 (人)										
※適合の可否											
主な 揭示 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	小千谷市が定める基準額の利用者負担分								
	法定代理受領分以外	小千谷市が定める基準額									
その他の費用											
通常の実施地域	①	②	③	④	⑤						
	備考										

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所	
事業所の一部として使用される事務所	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 -) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		
	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 -) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入すること。