

付表1

( ) 介護予防訪問介護相当サービス  
( ) 訪問型サービスA

に係る記載事項

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 条 第 項 第 号									
管理者	(フリガナ)				(フリガナ)		(郵便番号 - )												
	氏 名				住 所														
	生年月日		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又は訪問事業責任者	(フリガナ)				(フリガナ)		(郵便番号 - )												
	氏 名				住 所														
	生年月日																		
	同一敷地内にある他の事業所等で兼務する場合				事業所等の名称														
					兼務する職務 及び勤務時間等														
サービス提供責任者又は訪問事業責任者	(フリガナ)				(フリガナ)		(郵便番号 - )												
	氏 名				住 所														
	生年月日																		
	同一敷地内にある他の事業所等で兼務する場合				事業所等の名称														
					兼務する職務 及び勤務時間等														
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		～		日曜日・祝日		～						
			備考																
	利 用 料		法定代理受領分				聖籠町が定める基準額の利用者負担分												
			法定代理受領分以外				聖籠町が定める基準額												
	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。

付表1

( ) 介護予防訪問介護相当サービス

に係る記載事項

記入例

( ) 訪問型サービスA

指定を受けたい  
サービスに○をつ  
けてください。

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 3 条 第 2 項 第 1 号																																								
管 理 者	(フリガナ)	セイロウ タロウ								(フリガナ)	(郵便番号 000 - 0000 ) 〇〇マチオオアザ〇〇																																							
	氏 名	聖籠 太郎								住 所	〇〇町大字〇〇1234番地56																																							
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日																																																
	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										〇〇デイサービスセンター																													
											兼務する職務及び勤務時間等										管理者 6時間																													
事業開始時の利用者の推定数										人																																								
サー ビス 提 供 責 任 者 又 は 訪 問 事 業 責 任 者	(フリガナ)	セイロウ ハナコ								(フリガナ)	(郵便番号 000 - 0000 ) 〇〇マチオオアザ〇〇																																							
	氏 名	聖籠 花子								住 所	〇〇町大字〇〇5555番地66																																							
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日																																																
	同一敷地内にある他の事業所等で兼務する場合										事業所等の名称																																							
兼務する職務及び勤務時間等																																																		
サー ビス 提 供 責 任 者 又 は 訪 問 事 業 責 任 者	(フリガナ)									(フリガナ)	(郵便番号 - )																																							
	氏 名									住 所																																								
	生年月日																																																	
	同一敷地内にある他の事業所等で兼務する場合										事業所等の名称																																							
兼務する職務及び勤務時間等																																																		
従 業 者	区 分										訪問介護員等																																							
											専従																				兼務																			
	常 勤 (人)										2																																							
	非 常 勤 (人)										1																				1																			
	常勤換算後の人数 (人)										3.0																																							
	※基準上の必要人数 (人)										記入不要																																							
	※適合の可否										記入不要																																							
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	年末年始(12月31日～1月3日) お盆(8月13日～8月15日)																																							
	営 業 時 間	平日		9:00		～		18:00		土曜	～		日曜日・祝日		～																																			
		備考	サービス提供は、利用者の希望に応じて365日24時間対応する。																																															
	利 用 料	法定代理受領分										聖籠町が定める基準額の利用者負担分																																						
		法定代理受領分以外										聖籠町が定める基準額																																						
	その他の費用																																																	
	通 常 の 事 業 の 実 施 地 域	① 聖籠町										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。