

付表1-1 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業（訪問介護相当サービス及び訪問型サービスA）事業所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 - )												
	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他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称											
		兼務する職種及び勤務時間等												
利用者数(前3月の平均値又は推定数)						人								
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)														
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	営業時間	:	~	:	
	その他年間の休日													
	利用料	法定代理受領分				運営規程に定めるとおり								
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額								
	その他の費用	運営規程に定めるとおり												
	通常の事業実施地域	訪問介護相当サービス		備考										
		※該当するサービスのみ記入		訪問型サービスA		備考								

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。

