

付表 10 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

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	
当該事業の実施について定めてある定款その他の基本約款の条文					第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名					
	生年月日					
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				有・無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称			事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等				
事業開始時の利用者 (推定数を記入)				人		
従業者の職種・員数		介護支援専門員				
		専 従		兼 務		
		常 勤 (人)				
		非 常 勤 (人)				
主な揭示事項	営 業 日					
	営 業 時 間					
	登 録 定 員	人				
	利 用 料	法定代理受領分以外				
	そ の 他 の 費 用					
	通 常 の 事 業 実 施 地 域					
添 付 書 類	別添のとおり					

備考

- 「受付番号」、「基準上の必要人員」、「基準上の必要面積」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 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紙に記載した書類を添付してください。
- 「主な提示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。
また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が確認できるような料金表を提出してください。