

付表1 介護予防・日常生活支援総合事業（訪問介護）に係る記載事項

受付番号	
------	--

介護保険事業所番号	
-----------	--

事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	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等の条項 第 条第 項第 号						
管理者	フリガナ 氏 名		住所	(郵便番号 ー )		
	生年月日					
	届出に係る事業所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。）					
	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		兼務する職種 及び勤務時間等		
利用者の推定数			人			
サービス 提供責任者	フリガナ 氏 名		住所	(郵便番号 ー )		
	フリガナ 氏 名		住所	(郵便番号 ー )		
従業者（訪問介護員等）		担当職員		常勤換算 後の員数	基準上の 必要員数	適 否
		専 従	兼 務			
常 勤 (人)				人	人	
非 常 勤 (人)					※	※
主な 掲 示 事 項	営 業 日					
	営 業 時 間					
	利 用 料	代 理 受 領 分 以 外				
	そ の 他 の 費 用					
	通常の実業実施地域					

- 備考
- 1 「受付番号」欄・※印欄には、記入しないでください。
  - 2 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。
  - 3 「主な掲示事項」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。