付表１－１

訪問型サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所で提供する全てのサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | | |
| E-mailアドレス | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者 | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | | | | |
| 専従 | | | | | | | | 兼務 | | | | | | | | | 人 | | | | | |
|  | 常勤　　（人） | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | | | | |
| 非常勤　　（人） | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | | | | | | 土曜 | | | | ～ | | | | | | | | 日曜・祝日 | ～ | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | ① | | | | | | | ② | | | | | | | | | | ③ | | | | | ④ | | | | ⑤ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※注意事項、申請に必要な書類については、裏面を参照のこと。

（裏面）

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すること。

２　本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る単位別従業者の職種・員数及び営業日等については、付表１－１（別紙）に記載し添付すること。

３　本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、表１－２に必要事項を記載の上、添付すること。

４　本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部、かつ、複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る単位別従業者の職種・員数及び営業日等については、付表１－２（別紙）に記載し添付すること。

５　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

６　次に掲げる書類を添付すること。

　(１)　申請者の登記事項証明書又は条例等

　(２)　事業所の平面図

　(３)　事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書類

　(４)　運営規程

　(５)　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類

　(６)　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

　(７)　介護保険法（平成９年法律第123号)第115条の45の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書

　(８)　当該指定介護予防訪問介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護予防訪問介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表

付表１－１（別紙）

訪問型サービス事業者の指定に係る記載事項（２単位目以降）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位 | 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数  （単位別） | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | 人 | | |
|  | 常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | |  | | | |  | | | | |
| 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 | |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | 土曜 | | | ～ | | | 日曜・祝日 | ～ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 単位 | 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数  （単位別） | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | 人 | | |
|  | 常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | |  | | | |  | | | | |
| 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 | |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | 土曜 | | | ～ | | | 日曜・祝日 | ～ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 単位 | 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数  （単位別） | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | 人 | | |
|  | 常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | |  | | | |  | | | | |
| 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 | |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | 土曜 | | | ～ | | | 日曜・祝日 | ～ |
| 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すること。

２　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表１－２

訪問型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| E-mailアドレス | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | | | | |
| 専従 | | | | | | | 兼務 | | | | | | | 人 | | | | | |
|  | 常勤　　（人） | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | | | | |
| 非常勤　　（人） | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| 営業時間 | | | 平日 | | ～ | | | | | | | | | 土曜 | | | ～ | | | | | | 日曜・祝日 | | ～ | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | ① | | | | | | | ② | | | | | | | | ③ | | | | ④ | | | | ⑤ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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すること。

２　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表１－２（別紙）

訪問型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項（２単位目以降）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位 | 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数  （単位別） | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | 人 | | |
|  | 常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | |  | | | |  | | | | |
| 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 | |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | 土曜 | | | ～ | | | 日曜・祝日 | ～ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 単位 | 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数  （単位別） | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | 人 | | |
|  | 常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | |  | | | |  | | | | |
| 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 | |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | 土曜 | | | ～ | | | 日曜・祝日 | ～ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 単位 | 当該単位のサービス　：　□ 介護予防訪問介護相当サービス　□ 訪問型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数  （単位別） | | | | | | 従事者（訪問介護員）等 | | | | | | | | | 利用者数（前３月の平均） | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | 人 | | |
|  | 常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | | 届出の前月　　　　　　　　　人  　　 届出の前々月　　　　　　　　人  　　 届出の前々々月　　　　　　　人 | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | |  | | | |  | | | | |
| 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 | |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | 土曜 | | | ～ | | | 日曜・祝日 | ～ |
| 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すること。

２　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。