

付表1-1 訪問型サービスの指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	ホウモンカイゴ〇〇〇〇〇												
	名称	訪問介護〇〇〇〇〇												
	所在地	(郵便番号 XXX - XXXX) 埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇												
	直通連絡先	直通電話番号	XX-XXXX-XXXX			FAX番号	XX-XXXX-XXXX							
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 XX 条 第 XX 項 第 XX 号														
管理者	フリガナ	ホウモン タロウ			住所	(郵便番号 XXX - XXXX)								
	氏名	訪問 太郎			住所	埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇								
	生年月日	昭和XX年XX月XX日												
	申請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。)				サービス提供責任者									
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入してください。)				事業所又は施設の名称										
				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	ホウモン タロウ			住所	(郵便番号 XXX - XXXX)								
	氏名	訪問 太郎			住所	埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇								
	フリガナ	ホウモン ハナコ			住所	(郵便番号 XXX - XXXX)								
	氏名	訪問 花子			住所	埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇								
従業者の職種・員数		訪問介護員等(サービス提供責任者を含む)				サービス提供責任者								
		専従		兼務		専従		兼務						
常勤(人)		4		1		1		1						
非常勤(人)		2												
常勤換算後の人数(人)		6.0				2.0								
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		年末年始:12/28~1/3		
		休	〇	〇	〇	〇	〇	〇	休	休日				
	営業時間	平日	8:00~			17:00			土曜	8:00~		17:00	日曜・祝日	~
		備考												
	利用料	法定代理受領分	越谷市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の額の1割又は2割											
	法定代理受領分以外	越谷市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の額												
その他の費用	運営規程に定めるとおり													
通常の事業	①	越谷市	②	総合事業みなし指定に係る更新 においては運営規程の提出不要							⑤	✓		
実施地域	備考													

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」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 「主な揭示事項」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。
 - 4 出張所等がある場合、出張所等の所在地、サービス提供に当たる訪問介護員の人数を別様にして記載してください。
 - 5 当該訪問型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該訪問型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がかかるような料金表を提出してください。