

付表1

第1号訪問事業者(生活支援訪問サービス)の指定に係る記載事項

《記載例》

付番号

※

事業所	フリガナ	キヨマルウルルンヘルパーステーション			
	名称	きよ丸うるるんヘルパーステーション			
	所在地	(郵便番号 452-8569)			
		愛知県清須市須ケ口1238番地 (ビルの名称等)			
	直通連絡先	直通電話番号	052-400-2911	FAX番号	052-400-2963
e-mailアドレス	kiyomaruururun-helper@〇〇〇.co.jp				
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 2 条 第 1 項 第 1 号	
管理者	フリガナ	キヨス タロウ	住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	
	氏名	清須 太郎		愛知県清須市〇〇〇〇1番地1	
	生年月日	昭和17年7月7日			
	当該訪問介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	事業所等名称	きよ丸うるるんデイサービス		
	兼務する職種 及び勤務時間等	管理者 8:30 ~ 17:30			
サービス 提供責任者等	フリガナ	シンカワ ハルコ	住所	(郵便番号 △△△-△△△△)	
	氏名	新川 春子		愛知県清須市△△△△1番地1	
	生年月日	昭和40年10月1日			
	フリガナ		住所	(郵便番号)	
	氏名				
	生年月日				
従業員の 員数	訪問介護員等				
		専従	兼務		
	常勤(人)	2	1		
	非常勤(人)	5			
	常勤換算後の員数(人)	3.5			
	基準上の必要人数(人)	※			
適合の可否	※				
当該事業と一体的に提供するサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇市基準緩和型訪問サービス)		訪問介護の 指定期間	
		平成26年4月1日～ 平成32年3月31日			
主な 掲示事項	営業日	月曜日から金曜日(ただし、祝日、8月13日～15日、12月30日～1月3日を除く)			
	営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで			
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)	清須市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定められた額に介護 保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額		
		法定代理受領分 以外	清須市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定められた額		
	その他の費用	運営規定のとおり			
	通常の事業実施地域	清須市内			
添付書類	備考				
	別添のとおり				

備考 1 ※を付した「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

備考 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。