

受付番号	
------	--

様式第2号 付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所で提供するサービスにチェックを付けてください。

介護予防訪問介護相当サービス（ホームヘルプ）

訪問型サービスA1（えぷろんサービス） 訪問型サービスA2（まごのてサービス）

事業所	ふりがな					
	名称					
	所在地	(〒 -)				
	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・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号				
管理者	ふりがな				住所	(〒 -)
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	訪問介護員等との兼務の有無 (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				
サービス提供責任者	ふりがな				住所	(〒 -)
	氏名					
	ふりがな				住所	(〒 -)
	氏名					
従業者の職種・員数		訪問介護員等				
		専従		兼務		
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						

	基準上の必要人数（人）		
	適合の可否		
主な 掲 示 事 項	営業日		
	営業時間		
	利用料	法定代理受領分（1割／2割負担分）	
		法定代理受領分以外	
	その他の費用		
通常の事業実施 地域			
	添付書類	別添のとおり	

備考

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」の欄は、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合、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。
- 3 「主な掲示事項」の欄は記載を省略し、別添資料を添付しても差し支えない。
- 4 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すること。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すること。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅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分かる料金表等を添付すること。