付表１

訪問介護・共生型訪問介護・第１号訪問事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ※指定障がい福祉サービス等の種別 |  | ※指定障がい福祉サービス等の事業所番号 |  |
| 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 | フリガナ |  | 住所・連絡先 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入） |
|  | 当該訪問介護（共生型訪問介護）事業所内での他の職務との兼務 | 職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間 |  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| 従　業　者 |  | 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 |  |
| 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・祝 |  | ～ |  |
| 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 |  |

備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。

※印の欄は共生型サービスに係る申請の場合のみ記入。

|  |
| --- |
| 【添付書類】※印のものは、共生型サービスの申請においては省略可能１　申請者の定款、寄附行為等の写し及びその登記事項証明書又は条例等の写し２　事業所の平面図　※３　事業所の管理者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　当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類　※８　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費の請求に関する事項を記載した書類９　当該申請に係る事業所の所在地以外の場所で当該事業所の一部として使用される事務所を有する場合にあっては、その名称及び所在地を記載した書類　※１０　介護保険法第70条第2項各号又は第115号の2第2項各号に該当しないことを誓約する書類１１　障がい福祉サービス等の指定書（写）（共生型サービスに係る申請の場合のみ）１２　その他指定に関し市長が必要と認める事項を記載した書類（八尾市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業を同時に申請する場合は以下の書類も合わせて提出する）１３　第１号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表（訪問型サービス）１４　介護保険法第115条の45の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書 |