**付表1　訪問介護・第一号訪問事業の事業所の指定に係る記載事項**

記載例

備考４参照

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | アマガサキホウモンジギョウショ | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | 尼崎訪問介護事業所 | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　６６１　－８５０１　）  尼崎市東七松町１丁目２３－１ | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | ０６-６４８９－６３２２ | | | | | | | FAX番号 | | ０６－６４８２－３５１２ | | |
| E-mail | | ama-kaigo-shitei＠city.amagasaki.hyogo.jp | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | アマガサキ　ハナコ | | | | | 住所 | （郵便番号　661－0012　）  尼崎市南塚口町２丁目１－１ | | | | | | | |
| 氏名 | | 尼崎　花子 | | | | |
| 生年月日 | | 昭和３３年３月３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 | | 尼崎訪問介護事業所（障害福祉サービス） | | | | | | | | |
| 兼務する職種 及び勤務時間等 | | | 管理者兼サービス提供責任者 | | | | | | | |
| ９：００～１７：００ | | | | | | | |
| **人員に関する基準の確認に必要な事項**  備考６・７参照 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 従業者の職種・員数 | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | | | 生活支援サポーター | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | 専従 | 兼務 |
|  | | 常勤（人） | | | | | ２ | | | | １ | | | |  |  |
|  | | 非常勤（人） | | | | | １ | | | |  | | | | １ | 備考５参照 |
|  | | 常勤換算後の人数（人） | | | | | ３．５ | | | | | | | |  | |
|  | | 基準上の必要人員（人） | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 利用者の推定数（人） | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| サービス提供  責任者 | | | フリガナ | アマガサキ　ハナコ | | | | | | 住所 | | | （郵便番号661－0012）  尼崎市南塚口町２丁目１－１ | | | |
| 氏名 | 尼崎　花子 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和３３年３月３日 | | | | | |
| フリガナ | アマガサキ　ジロウ | | | | | | 住所 | | | （郵便番号661－0012）  尼崎市南塚口町２丁目１－２ | | | |
| 氏名 | 尼崎　次郎 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和５５年５月５日 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　） | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | ・営業日と休業日を記載してください。  ・営業時間を記載してください。「サービスを提供できる時間」ではありません。 | | | | | |
| 訪問事業  責任者 | | | フリガナ |  | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　）  備考８参照 | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | 月曜日から～金曜日　ただし、祝日、１２／３０～１／３を除く | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | ９：００～１７：００ | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分　　　介護報酬の告示上の額・費用算定に関する基準要綱に定める額 | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外　介護報酬の告示上の額・費用算定に関する基準要綱に定める額 | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | 運営規程のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | 訪問介護；尼崎市、伊丹市　／専門型・標準型；尼崎市 | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |

総合事業の実施地域は、原則「尼崎市」となります。

**（訪問介護事業・第一号訪問事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | |
| 名称 | |  | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　）  　　　　　府県　　　市郡 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | FAX番号 |  |
| E-mail | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | |
| 営業時間 | | |  | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 介護報酬の告示上の額/費用算定に関する基準要綱に定める額 | | | |
| 法定代理受領分以外 介護報酬の告示上の額/費用算定に関する基準要綱に定める額 | | | |
| その他の費用 | | | 運営規程のとおり | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | |
| 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してください。

2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

3　当該事業を事業所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載して

ください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

4　生活支援サポーターは生活支援サポーターとして勤務する場合のみ記入してください。

5 生活支援サポーターの常勤換算数は、標準型訪問サービスのみ行う場合以外は記入不要です。

6 訪問介護員がサービス提供責任者の職務を担う場合は、兼務欄ではなく専従欄に記入してください。

7 訪問介護員又は生活支援サポーターが訪問事業責任者の職務を担う場合は、兼務欄ではなく専従欄に記入し

てください。

8　利用料の法定代理受領分・法定代理受領分以外の欄は、「介護報酬の告示上の額」「費用算定に関する基準要

綱に定める額」のいずれか一方又は両方を○で囲んでください。