

( ) 訪 問 看 護  
 ( ) 介 護 予 防 訪 問 看 護 に係る記載事項

(表)

事業所の病院、診療所又は訪問看護ステーションの別																																
訪問看護ステーションであって同一敷地内に他の事業所、施設等がある場合はその名称																																
管理者	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )																					
	生年月日																															
	資格の種類					登録番号																										
	当該事業所で兼務する場合										兼務する職務																					
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合										事業所、施設等の名称																					
										兼務する職務及び勤務時間等																						
事業開始時の利用者の推定数										人																						
従業者	区 分					保健師					看護師					准看護師					理学療法士、作業療法士、言語聴覚士											
						専従					兼務					専従					兼務					専従					兼務	
	常 勤 (人)																															
	非 常 勤 (人)																															
	※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 休 日																					
	営 業 時 間		平日					～					土曜					～					日曜日・祝日					～				
			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																																
通常の実地		①					②					③					④					⑤										
		備考																														

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所	
事業所の一部として使用される事務所	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 — ) 新潟県 市 郡	
	連絡先 備考	電話番号	FAX番号
	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 — ) 新潟県 市 郡	
	連絡先 備考	電話番号	FAX番号

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入すること。

( ○ ) 訪 問 看 護  
 ( ○ ) 介 護 予 防 訪 問 看 護 に係る記載事項

(表)

事業所の病院、診療所又は訪問看護ステーションの別		訪問看護ステーション								
訪問看護ステーションであって同一敷地内に他の事業所、施設等がある場合はその名称		○○○ケアステーション								
管理者	(フリガナ) 氏 名	フクシ ハナコ 福祉 華子			(フリガナ) 住 所	(郵便番号 950 - 8570) ニイガタシチュウオウクシンコウチョウ 新潟市中央区新光町○○番地△△				
	生年月日	昭和○○年△△月××日			登録番号	111111				
	資格の種類	看護師			兼務する職務	看護師				
	当該事業所で兼務する場合				兼務する職務		看護師			
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合				事業所、施設等の名称					
				兼務する職務及び勤務時間等						
事業開始時の利用者の推定数		6.0 人								
従業者	区 分	保健師		看護師		准看護師		理学療法士、作業療法士、言語聴覚士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常 勤 (人)			3	1					
	非 常 勤 (人)			1						
	※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	休 ○ ○ ○ ○ ○ 休 休		その 他 年 間 日 休 日	年末年始(12月31日～1月3日) お盆(8月13日～8月15日)				
	営 業 時 間	平日	8:30 ~ 17:30		土曜	~	日曜日・祝日	~		
	備 考		時間外・休日のサービス提供は、利用者の希望に応じて365日24時間対応する。							
	利 用 料	法定代理受領分	厚生労働大臣が定める告示上の基準額の利用者負担分							
	法定代理受領分以外		厚生労働大臣が定める告示上の基準額							
その 他 の 費 用		訪問看護と連携して行われる死後の処置料 ○○○円								
通常の実施地域	① 新潟市○○区	② 新潟市△△区	③	④	⑤					
備 考		新潟市○○区は、○○町、△×町のみとする。								

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所	
事業所の一部として使用される事務所	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 — ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		
	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 — ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入すること。

## 「(介護予防)訪問看護に係る記載事項」記入留意事項

### 1 欄外

指定を受けたいサービス種類に「○」をつけてください。

### 2 「管理者」欄の記載事項について

①「氏名」「生年月日」「住所」欄は、管理者個人のものを記載してください。

②「当該事業所で兼務する場合」欄は、管理者業務に加え、当該申請事業所において他の業務(看護師等)を行う場合に、兼務する職種を記載してください。

③「同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合」欄は、管理者業務に加え、同一敷地内にある別の事業所や施設等(介護保険サービス以外も含む)において、他の業務を行う場合に、名称や兼務する職種、従事勤務時間を記載してください。なお、この場合は、申請に係る事業所と兼務先事業所(施設)の位置関係が分かる位置図・平面図を添付してください。

### 3 「事業開始時の利用者の推定数」欄の記載事項について

事業開始時に予定している利用者数を記載してください。

### 4 「主な揭示事項」欄の記載事項について

①「営業日」欄は、通常運営する曜日について「○」を記載。休業日は「休」と記載してください。

②「その他年間の休日」欄は、営業日欄に記載した休業日以外に休業する日がある場合に、その日を記載してください。

③「営業時間」欄は、通常営業する時間について記載してください。なお、利用者の希望等により営業時間以外にサービス提供が可能な場合は、その旨を「備考」欄に記載してください。

④「利用料」欄は、法定代理受領分には「厚生労働大臣が定める告示上の基準額の利用者負担分」。法定代理受領分以外の欄には、「厚生労働大臣が定める告示上の基準額」と記載してください。

⑤「その他の費用」欄は、サービス利用料以外に利用者から費用を徴収する場合にその項目及び金額を記載してください。(金額が固定的でない場合は、「実費」と記入するなどしてください。)

⑥「通常の事業の実施地域」欄は、運営規程上の実施地域を記載してください。実施地域は、市町村名から記載してください。なお、「新潟市の一部」などの表記は行わず、「新潟市中央区」等、具体的に記載してください。