

訪問介護に係る記載事項

(表)

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)		フクシ タロウ					(フリガナ)		(郵便番号 950 - 8570) ニイガタシチュウオウクシンコウチョウ									
	氏 名		福祉 太郎					住 所		新潟市中央区新光町○○番地△△									
	生年月日		昭和○○年△△月××日					兼務する職務											
	当該事業所で兼務する場合							事業所、施設等の名称		高齢者ケア居宅介護支援事業所									
同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合							兼務する職務及び勤務時間等		管理者・介護支援専門員 5時間										
障害福祉等の指定の有無(該当の指定に○を付すこと)										○指定居宅介護事業者 ・ 重度訪問介護 ・ なし									
事業開始時の利用者の推定数					5.3 人														
サービス提供責任者	(フリガナ)		ニイガタ ハナコ					(フリガナ)		(郵便番号 950 - 2002) ニイガタシニシクアオヤマ									
	氏 名		新潟 花子					住 所		新潟市西区青山○丁目○番○号									
	生年月日		昭和□□年××月○○日					住 所		(郵便番号 -)									
	(フリガナ)							(フリガナ)											
氏 名							住 所												
生年月日							住 所												
従業者	区 分		訪問介護員等																
			専従					兼務											
	常 勤 (人)		1					1											
	非 常 勤 (人)		2																
	常勤換算後の人数 (人)		2.75																
	※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		年末年始(12月31日～1月3日)						
			休	○	○	○	○	○	休	休	の 休 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																			
通常の事業の実施地域		① 新潟市西区		② 新潟市中央区		③ 新潟市東区		④		⑤									
		備考		新潟市東区(石山・東石山圏域のみ)															

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。