

付表 1 - 1 夜間対応型訪問介護事業者の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 市							
		(ビルの名称等)							
連絡先	電話番号				FAX 番号				
	メールアドレス	@							
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	(郵便番号 -)			
	氏名								
	生年月日								
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無							
オペレーションセンターのか所数		か所							
予定利用者数		人 (うち他の市町村の予定利用者数 人)							
サービス提供の時間帯									
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーションセンター従業者			
		定期巡回サービス		随時訪問サービス		オペレーター		面接相談員	
		専従	兼務	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							
事業所の職員数		常勤職員 人			非常勤職員 人				
(主な 掲 示 事 項)	営業日								
	営業時間								
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)							
		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							

(注意)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
- 3 「面接相談員」とは利用者の面接その他の業務を行う者をいいます。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記載した書類を添付してください。
- 5 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してください。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してください。
- 6 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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ような料金表を提出してください。
- 7 事業所連絡先のメールアドレスについては、必ず記入してください。