**付表**

**指定居宅介護支援事業所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 |  |
| Email |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住　所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 | □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 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 |
| 従業者の職種・員数（人） | 介護支援専門員 |  |
| 専　従 | 兼　務 |
|  | 常勤（人） |  |  |
|  | 非常勤（人） |  |  |
| 事業開始時の利用者の推定数 | 　　　人 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ～ | 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 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |
| 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、又は別葉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。