

付表 1

予防訪問サービス事業者の指定に係る記載事項

申請する事業の種類 ()

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							
E-mail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	(〒 -)							
	名前													
	生年月日													
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)													
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称											
		兼務する職種及び勤務時間等												
サービス提供責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)							
	名前													
	フリガナ					住所	(郵便番号 -)							
	名前													
従業者の職種・員数			訪問介護員等(従事者)				利用者の推定数							
			専従		兼務		人							
常勤(人)							/							
非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)														
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・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														
添付書類		別添のとおり												

* 注意事項、申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと

(裏面)

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すること。
- 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 3 次に掲げる書類を添付すること
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示）
 - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書類
 - (4) 運営規程
 - (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
 - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類
 - (8) 当該申請に係る事業に係る予防訪問サービス支給費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 介護保険法第115条の45の5第2項及び小豆島町介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定等に関する要綱第2条第2項に該当しない旨の誓約書
 - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類