# 付表1

## 訪問型サービス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　　－　　） | | | |
| | 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 | （郵便番号　　－　　） | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 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　　－　　） | |
| | 氏名 | | | | |
| | フリガナ | | 住所 | （郵便番号　　－　　） | |
| | 氏名 | | | | |

| 従業者の職種・員数 | 訪問介護員等 | |
|---|---|---|
| | 専　従 | 兼　務 |
| 常　勤（人） | | |
| 非常勤（人） | | |
| **常勤換算後の人数（人）** | | |
| 基準上の必要人数（人） | | |
| 適合の可否 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | ～ | | 日曜・祝 | | ～ | | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 | 介護報酬告示上の額又は町が定めた額の1割又は2割（負担割合証の割合に準ずる） | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額又は町が定めた額 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　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してください。

3　「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

# 付表　１－１

## 訪問介護・介護予防訪問介護事業所の指定に係る記載事項

| 受付番号 | |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事業所 | フリガナ | ホウモンカイゴジギョウショキノカワ | | | |
| | 名称 | 訪問介護事業所紀ノ川 | | | |
| | 所在地 | （郵便番号　640　－　5555　）<br>和歌山　県　和歌山　郡 (市)　手毬町１－６<br>和歌山ビル1F | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 073－441－2527 | FAX番号 | 073－441－2523 |
| 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　2　条 第　1　項 第　4　号 | | | |
| 管理者 | フリガナ | ワカヤマ　イチロウ | 住所 | （郵便番号　640　－ 3333　）<br>和歌山市城下町1－11－6 | |
| | 氏名 | 和歌山　一郎 | | | |
| | 生年月日 | 昭和 38 年 11 月 24 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 | デイサービス紀ノ川 | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | 管理者（1日8時間のうち4時間） | | |
| サービス提供責任者 | フリガナ | ハシモト　ハルミ | 住所 | （郵便番号　640　－ 1234　）<br>和歌山市若山4－18<br>スカイハイツ若山2－C | |
| | 氏名 | 橋本　春美 | | | |
| | フリガナ | アリダ　ナツコ | 住所 | （郵便番号　649　－ 1111　）<br>紀の川市山田2－7 | |
| | 氏名 | 岩出　夏子 | | | |

| 従業者の職種・員数 | 訪問介護員等 | |
|---|---|---|
| | 専　従 | 兼　務 |
| 常　勤（人） | 4 | |
| 非常勤（人） | 1　0 | |
| **常勤換算後の人数（人）** | 8．4 | |
| 基準上の必要人数（人） | | |
| 適合の可否 | | |

主な掲示事項欄は、「運営規定」の内容と一致させてください。

| 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 | 12／29～1／3 | | | | | |
| | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | 9:00 | ～ | 18:00 | 土曜 | 9:00 | ～ | 18:00 | 日曜・祝 | | ～ | | | | |
| | | 備考 | 上記、営業時間外のサービス提供については応相談 | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 | 介護報酬告示上の額 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | 同上 | | | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用 | 運営規程に定める利用料のとおり | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通常の事業実施地域 | ① 和歌山市 | ② 海南市 | ③ 岩出市 | ④ | ⑤ | | | | | | | | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | |

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　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してください。

3　「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　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。

5　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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。

付表２

# 通所型サービス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　　－　　） | | | |
| | 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 | （郵便番号　　－　　） | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | | |
| 当該事務所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記入） | | 事業所等名称 | | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |
| 実施単位数 | 単位 | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 | | |

| 単位別従業者 | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | | | | | | | | |

| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|---|---|---|
| ㎡ | ㎡　以上 | |

| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 利用定員 | 人 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | ～ | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | |
| | サービス提供時間 | ：　～　：　（送迎時間を除く） | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 | 介護報酬告示上の額又は町が定めた額の１割又は2割（負担割合証の割合に準ずる） | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額又は町が定めた額 | | | | | | | | | | | |
| | 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　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄には記入しないでください。

2　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してください。

3　「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

付表６－１

# 通所介護・介護予防通所介護事業所の指定に係る記載事項

| 受付番号 | |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事業所 | フリガナ | デイサービスキノカワ | | | |
| | 名称 | デイサービス紀ノ川 | | | |
| | 所在地 | （郵便番号　640　－　5555　）<br>和歌山　県　和歌山　郡　(市)　手毬町１－６<br>和歌山ビル1F | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 073－441－2525 | FAX番号 | 073－441－2523 |
| 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　2　条　第　1　項　第　5　号 | | | |
| 管理者 | フリガナ | ワカヤマ　イチロウ | 住所 | （郵便番号　640　－　3333　）<br>和歌山市城下町１－１１－６ | |
| | 氏名 | 和歌山　一郎 | | | |
| | 生年月日 | 昭和 38　年　11　月　24　日 | | | |
| | 当該事務所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記入） | 事業所等名称 | 訪問介護事業所紀ノ川 | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | 管理者（１日８時間のうち4時間） | | |
| 実施単位数 | 1　単位 | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | １　５　人 | | |

| 単位別従業者 | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤（人） | 1 | | | | 2 | | 1 | |
| 非常勤（人） | | | 1 | | 1 | | | |
| 基準上の必要人数（人） | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | |

| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|---|---|---|
| ７０　㎡ | ㎡　以上 | |

| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用定員 | １　５　人 | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 12／29～1／3 | | | |
| | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | |
| 営業時間 | 平　日 | 9:00 | ～ | 18:00 | 土　曜 | | ～ | | 日曜･祝 | | ～ | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | １０　：　００　～　１７　：　００（送迎時間を除く） | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 介護報酬告示上の額 | | | | | | | | | | | |
| | 法定代理受領分以外 | 同上 | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | 運営規程に定める利用料のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | ① 和歌山市 | ② 海南市 | ③ 岩出市 | ④ | ⑤ | | | | | | | | |
| | 備　考 | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄には記入しないでください。

2　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してください。

3　「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る単位別従業者及び利用定員等については、「付表６－１（別紙）」に記載し添付してください。

5　本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表６－２」に必要事項を記載の上、添付してください。

6　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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。