**付表１-２　訪問介護事業者・介護予防訪問介護事業者・介護予防訪問サービス事業者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 |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 管 理 者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | 名　称 |  | 事業所番号 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 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 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 介護報酬告示上の額（介護予防訪問サービスにおいては豊田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に記載された額）に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額 |
| 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額（介護予防訪問サービスにおいては豊田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に記載された額） |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |

備考　１「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　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　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。

　　　４　次の内容が分かる書類を添付してください。

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
3. 管理者及びサービス提供責任者の経歴
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
6. 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
7. 当該申請に係る資産の状況
8. 居宅介護サービス費又は介護予防サービス費の請求に関する事項
9. 法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面

※介護予防訪問サービスのみの指定申請の場合、添付不要

1. 役員の氏名、生年月日、住所