

付表7

訪問介護・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 -) 堺市 区 | | | | |
| | 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 | | | | | |
| | 他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入) | | | | | |
| | 当該訪問介護・介護予防訪問サービス事業所内での他の職務との兼務 | | 職 | 種 | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の | | | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間 | | | | |
| サービス提供責任者 | フリガナ | 住所 | (郵便番号 -) | | 資格 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | 住所 | (郵便番号 -) | | 資格 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | 住所 | (郵便番号 -) | | 資格 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | 住所 | (郵便番号 -) | | 資格 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | 住所 | (郵便番号 -) | | 資格 | |
| | 氏名 | | | | | |
| フリガナ | 住所 | (郵便番号 -) | | 資格 | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 従業員 | 訪問介護員等 | | 専従 | 兼務 | 前三月の平均利用者数(障害福祉サービス・移動支援の利用者も含む。) ※新規指定の場合は推定数 | 人 |
| | | | | | | |
| | 常勤(人) | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | |
| 常勤換算後の人数 | | | | | | |

備考 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すること。

【記載例】

付表7 訪問介護・介護予防訪問サービス事業者の指定に係る記載事項 【記入例】

| | | | | | | |
|------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--|--------------|---------|
| 事業所 | フリガナ | マルバツカイゴサービス | | | | |
| | 名称 | 〇×介護サービス | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 5×× - ××××) 堺市〇区〇〇町四丁5番6号 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 072-×××-×××× | FAX番号 | 072-×××-×××× | |
| Email | | 〇〇××@sakai.city.ne.jp | | | | |
| 管理者 | フリガナ | サカイ ハナコ | 住所 | (郵便番号 5×× - ××××) | | |
| | 氏名 | 堺 花子 | | 堺市〇区××町六丁10番11号 | | |
| | 生年月日 | 昭和△年△月△日 | | | | |
| | 他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入) | | | | | |
| | 当該訪問介護・介護予防訪問サービス事業所内での他の職務との兼務 | | 職種 | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の | | ① 〇×福祉用具 福祉用具貸与 | | | |
| | 兼務する職種及び勤務時間 | | ② 〇×福祉用具 介護予防福祉用具貸与 | | | |
| サービス提供責任者 | フリガナ | オオサカ ジロウ | 住所 | (郵便番号 5××-××××) | 資格 | 介護福祉士 |
| | 氏名 | 大阪 二郎 | | 大阪市〇区〇町一丁2番3号 | | |
| | フリガナ | センシュウ サプロウ | 住所 | (郵便番号 5××-××××) | 資格 | 実務者研修終了 |
| | 氏名 | 泉州 三郎 | | △△市〇区〇町一丁4番5号 | | |
| | フリガナ | | 住所 | (郵便番号 -) | 資格 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | | 住所 | (郵便番号 -) | 資格 | |
| | 氏名 | | | | | |
| フリガナ | | 住所 | (郵便番号 -) | 資格 | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 従業員 | 訪問介護員等 | | 専従 | 前三月の平均利用者数 (障害福祉サービス・移動支援の利用者も含む。) ※新規指定の場合は推定数 | | 30人 |
| | | | 兼務 | | | |
| | 常勤 (人) | 3 | | | | |
| | 非常勤 (人) | 1 | | | | |
| 常勤換算後の人数 | | 3.5 | | | | |

サービス提供責任者及び訪問介護員の員数を、勤務形態一覧表の「勤務形態」欄と一致するよう記載してください。

備考 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すること。