

付表2

訪問型サービスA事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ										
	名称	ケアプランセンター ●●									
	所在地	(郵便番号 586-▲▲●● ) 大阪府 河内長野市 ●●町●●									
	連絡先	電話番号	0721-●●-▲▲▲▲			FAX番号					
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	カワチ イチロウ			住所・連絡先	(郵便番号 586-●●◆◆) 大阪府河内長野市▲▲町●●					
	氏名	河内 一郎				電話番号	0721-●●-▲▲▲▲		FAX番号		
	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	デイサービスセンター ●●								
		兼務する職種及び勤務時間	管理者 9:00~18:00								
サービス提供責任者	フリガナ	カワチ ハナコ			住所	(郵便番号 586-▲▲▲▲ )			資格	介護福祉士 介護支援専門員	
	氏名	河内 花子				大阪府河内長野市▲●町◆◆					
	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											
サービス提供人数		10人			前三月の平均値 (新規の場合は推定人数を記入)						
従業員			訪問介護員等								
			専従	兼務							
	常勤 (人)				3						
	非常勤 (人)										
常勤換算後の人数		25									
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	日	
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	営業時間	平日	9:00 ~ 18:00			土曜	9:00 ~ 18:00				
		備考	サービス提供可能な時間 ( 9:00 ~ 18:00 )								
利用料	法定代理受領分 河内長野市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額										
	法定代理受領分以外 河内長野市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額										
その他の費用	運営規程に定めるとおり										

訪問介護・現行相当すべてを含めた人数ではなく、訪問型サービスAに従事する者の人数を記入してください。

訪問型サービスAについては常勤換算の規定はありませんが、訪問介護や相当サービスと一体型で行う場合は常勤換算の基準を満たすよう配置してください。  
※ただし、常勤換算は訪問型Aサービスに従事した時間を除いて算定してください。

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。