

付表12（介護予防・日常生活支援総合事業 訪問）

訪問介護相当サービス（現行相当）（ ） の指定に係る記載事項  
 訪問型サービスA（緩和した基準）（ ）

（表）

事業所	(フリガナ) 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 ー )			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
	メールアドレス				
管理者	(フリガナ) 氏名		住所	(郵便番号 ー )	
	生年月日				
	当該事業所で兼務する場合の兼務する職務				
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合		事業所、施設等の名称		
		兼務する職務及び勤務時間等			
サービス提供責任者	(フリガナ)		住所	(郵便番号 ー )	
	生年月日				
	(フリガナ)		住所	(郵便番号 ー )	
	生年月日				
従業者	区 分		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					
主な揭示事項	営 業 日				
	営 業 時 間				
	利 用 料	法定代理受領分	可児市が定める基準額の利用者負担分		
		法定代理受領分以外	可児市が定める基準額		
	そ の 他 の 費 用				
通常の事業の実施地域					
添付書類					

<備 考>

1. ※欄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. 「主な揭示事項」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。

訪問型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所	
事業所の一部として使用される事務所	（フリガナ） 名 称		
	所在地	（郵便番号 — ） 岐阜県 市 郡	
	連絡先	電話番号	F A X 番号
	備 考		
	（フリガナ） 名 称		
	所在地	（郵便番号 — ） 岐阜県 市 郡	
	連絡先	電話番号	F A X 番号
		メールアドレス	（携帯メールは不可）
備 考			

<備 考>

1. 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入してください。