

鹿児島市生活支援型訪問介護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	(〒 -)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項						第 条 項 号						
利用者の推定数(更新の場合は実利用者数)						人						
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)					
	氏名					住所						
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)			事業所又は施設の名称								
			兼務する職種及び勤務時間									
訪問事業責任者	フリガナ						住所		資格			
	氏名											
							(〒 -)					
							(〒 -)					
訪問介護員			専従		兼務							
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間	備考										
	利用料	法定代理受領分					鹿児島市長が定める基準のとおり					
		法定代理受領分以外					鹿児島市長が定める基準のとおり					
	その他の費用											
通常の事業の実施地域	①		②		③		④		⑤			
	備考											

(注意) 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 定款等の条項、訪問事業責任者、訪問介護員の欄以外は、原則として一体的に運営する(介護予防)訪問介護及び鹿児島市予防型訪問介護サービスと同じ内容で記載してください。

3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。