

## 鹿児島市予防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										
サービス提供責任者	フリガナ					住所	(〒 - )					
	氏名						住所					
	フリガナ					住所		(〒 - )				
	氏名						住所					
訪問介護員		専従		兼務		常勤換算後の員数(人)		基準上の必要員数(人)		適否		
	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										
		法定代理受領分以外										
	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 一体的に運営する(介護予防)訪問介護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。