

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														
	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								
	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		
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。

