

付表 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |             |               |            |   |   |   |   |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------|------------|---|---|---|---|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |             |               |            |   |   |   |   |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - )   |               |            |   |   |   |   |
|                                       | 電話番号                       |             |               |            |   |   |   |   |
|                                       | E-Mail                     |             |               |            |   |   |   |   |
| 事業所以外の<br>事務所                         | フリガナ<br>名 称                |             |               |            |   |   |   |   |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - )   |               |            |   |   |   |   |
|                                       | 電話番号                       |             |               |            |   |   |   |   |
|                                       | E-Mail                     |             |               |            |   |   |   |   |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                | 生年月日        | 年 月 日         |            |   |   |   |   |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )   |               |            |   |   |   |   |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |             |               |            |   |   |   |   |
|                                       | 他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) | 事業所等の名称     | 兼務する職種及び勤務時間等 |            |   |   |   |   |
| サービス提供者                               | フリガナ<br>氏 名                | 生年月日        | 年 月 日         |            |   |   |   |   |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )   |               |            |   |   |   |   |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            | 第 条 第 項 第 号 |               |            |   |   |   |   |
| 障害児対象事業<br>(該当するものに○。重度訪問介護を除く。)      | ( 該当 非該当 )                 |             |               |            |   |   |   |   |
| 利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)      |                            |             |               |            |   |   |   |   |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |             |               |            |   |   |   |   |
| 営業日(該当する日に○)                          | 日                          | 月           | 火             | 水          | 木 | 金 | 土 | 祝 |
|                                       | その他(年末年始等)                 |             |               |            |   |   |   |   |
| 営業時間                                  | 平日                         | :           |               | ~          |   | : |   |   |
|                                       | 土曜                         | :           |               | ~          |   | : |   |   |
|                                       | 日・祝                        | :           |               | ~          |   | : |   |   |
| サービス内容                                | 身体介護                       |             |               | 身体介護(通院介助) |   |   |   |   |
|                                       | 家事援助                       |             |               | 家事援助(通院介助) |   |   |   |   |
|                                       | 乗降介助                       |             |               |            |   |   |   |   |
| 利用料                                   |                            |             |               |            |   |   |   |   |
| その他の費用                                |                            |             |               |            |   |   |   |   |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |             |               |            |   |   |   |   |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

