

付表1-1

介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型)の指定に係る記載事項

今回申請するサービスにチェック印を付けてください。

国基準相当訪問型サービス 区独自基準訪問型サービスA

事業所	フリガナ	ホームヘルプ シズヤ										
	名称	ホームヘルプ 渋谷										
	所在地	(郵便番号 ○○○-○○○○)										
		東京都 渋谷区 渋谷○-○-○										
	連絡先	電話番号	03-○○○○-○○○○		FAX番号	03-○○○○-○○○○						
管理者	フリガナ	シズヤ イチロウ		住所	(郵便番号 ○○○-○○○○)							
	氏名	渋谷 一郎			東京都渋谷区恵比寿○-○-○							
	生年月日	昭和○○年○月○日										
	訪問介護員(従事者)等との兼務の有無	(有)・無)										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所等名称										
		兼務する職種及び勤務時間等										
サービス提供責任者(訪問事業責任者)	フリガナ	チュウオウ フタバ			住所	(郵便番号 ○○○-○○○○)						
	氏名	中央 二葉				東京都渋谷区代官山町○-○						
	フリガナ	ミナト ミチコ			住所	(郵便番号 ○○○-○○○○)						
	氏名	港 三千子				東京都渋谷区広尾○-○-○						
従業者			訪問介護員(従事者)等		/							
			専従	兼務								
	常勤(人)		1	1								
	非常勤(人)		3									
常勤換算後の人数(人)		2.8										
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	年末年始(12/29~1/3)	
		○	○	○	○	○	○					
	営業時間	平日	9:00~18:00		土曜			日曜・祝日				
		備考	サービス提供は24時間365日									
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額又は区が定めた額の1割か2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)									
	法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額又は区が定めた額										
その他の費用	別途運営規程に定める											
通常の事業実施地域	①	渋谷区	②		③		④		⑤		/	
添付書類	別添のとおり											

備考 1 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。
 2 サービス提供責任者(訪問事業責任者)が3名以上の場合は、付表1-1別紙「サービス提供責任者(訪問事業責任者)一覧」を提出してください。