

付表 1-1

## 訪問介護・介護予防相当訪問事業・基準緩和型訪問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	(〒 - ) 広島県 福山市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
		E-mailアドレス										
管理者	フリガナ					住所	(〒 - )					
	名前											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）											
	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					住所	(〒 - )					
	名前											
	フリガナ					住所	(〒 - )					
	名前											
従業者の職種・員数		訪問介護員等・生活支援員				利用者数（前3月の平均） ※通院等乗降介助のみの利用者は 0.1人として計算						
	専従				兼務							
常勤（人）							【介護・相当の計】		【緩和型】			
非常勤（人）							人		人			
常勤換算後の人数（人）							人		人			
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		
	営業時間	平日	～			土曜	～			日曜・祝日	～	
		備考										
	利用料	介護	法定代理受領分				介護報酬告示上の額の1割、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					
		緩和相当型	法定代理受領分				福山市長の定める額の1割、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				福山市長の定める額					
	その他の費用											
	通常の事業実施地域	①	②			③			④		⑤	
備考												
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すること。

2 出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表1-2に記載すること。

3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。