

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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														
	当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)														
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	施設等名称					介護保険事業所番号								
兼務する職種		①													
勤務時間		② : ~ :													
併せて受ける指定の有無		<input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護事業所													
名称						介護保険事業所番号									
連携指定訪問看護事業者 (該当する場合のみ記入) ※連携先が複数の場合、適宜欄を 追加してください。		事業所の名称				介護保険事業所番号									
		所在地				(〒 - )									
従業者の職種・員数		オペレーター		訪問介護員等				看護職員		計画作成 責任者※1		理学療法士等※2			
				定期巡回サービス		随時訪問サービス									
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)															
非常勤(人)															
常勤換算後の人数(人)															
主な 揭示 事項	営業日														
	営業時間														
	利用料	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												
	その他の費用														
通常の事業実施地域	(福山市日常生活圏域)														
添付書類	別添のとおり														

※1 「うち計画作成責任者」の欄は、看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員から1名以上を選任し、員数を記入すること。

※2 「理学療法士等」の欄は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数を記入すること。

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、別の用紙に記載した書類を添付すること。

2 「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。

3 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別の用紙に記載すること。また、従業者については、出張所に勤務する職員も本様式に含めて記入すること。

4 「通常の事業実施地域」は、事業所の所在する日常生活圏域を設定すること。また、日常生活圏域以外を通常の事業実施地域とする場合は、その旨も記入すること。