付表１（共生型）【記入例】

共生型訪問介護事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | ○○○○　カイゴサービス |
| 名　称 | ○○○○　介護サービス |
| 所在地 | （郵便番号　５９６－００７６）大阪府岸和田市野田町○丁目○番○号 |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-400-0000 | ＦＡＸ番号 | 072-400-0000 |
| 指定障がい福祉サービス等の種別 | 居宅介護or重度訪問介護 | 指定障がい福祉サービス等の事業所番号 | ○○○○○○○○○○ |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 　第　○○条第　○○項第　○○号 |
| 　管　理　者 | フリガナ | ○○○○　○○○○ | 住所・連絡先 | （郵便番号　５９６－００７３）大阪府岸和田市岸城町○番○号 |
| 氏　名 | 　○○　○○ |
| 生年月日 | 昭和○○年○月○○日 | 電話番号 | 072-400-0000 | FAX番号 | 072-400-0000 |
| 他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入） |
|  | 当該共生型訪問介護事業所内での他の職務との兼務 | 職種 | （兼務する場合のみ記入）　 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類 | （通所介護を兼務する場合）①通所介護　 |
| 兼務する職種及び勤務時間 | ①の管理者月～金（9：00～18：00）８時間/日 |
| サービス提供責任者 | フリガナ | ○○○○　○○○○ | 住所 | （郵便番号５９５－００３３）泉大津市板原町○番○号 | 資格 | 　介護福祉士 |
| 氏　名 | ○○　○○ |
| フリガナ | ○○○○　○○○○ | 住所 | （郵便番号５９５－０８１１）泉北郡忠岡町忠岡北○丁目○番○号 | 資格 | 　介護職員基礎研修課程修了 |
| 氏　名 | ○○　○○ |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| 従　業　者 |  | 従　業　者・サービス提供責任者 | 事務職員 |
| 専従 | うち乗降介助 | 兼務 | うち乗降介助 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  | ４ |  |  | １ |
| 非常勤（人） |  |  | １５ |  |  |  |
| 常勤換算後の人数 | １０．４ |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 12/30-1/38/13-8/15　 |
|  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |  |
| 営業時間 | 平日 | 9：00 | ～ | 18：00 | 土曜 |  | ～ |  | 日・祝 | 9:00 | ～ | 18:00 |
| 備考　　サービス提供時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 　　　介護報酬告示上の額 |
| 法定代理受領分以外　 | 　　　介護報酬告示上の額 |
| その他の費用 | 別添運営規程に定める料金のとおり |
| 通常の事業実施地域 | ①岸和田市 | ②貝塚市 | ③泉北郡忠岡町 | ④泉大津市 | ⑤和泉市 |
| 備考 |

記入上の注意　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。