

付表第一号(一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

厚生労働省「電子申請届出システム」による電子申請の場合は、様式及び付表はシステム画面上の入力項目に必要な事項を直接入力すると自動作成されます。

事業所	法人番号	〇〇〇〇〇〇		
	フリガナ	ヒガシヒロシマホシマシヤ		
	名 称	ひがしひろしま訪問介護		
	所在地	(郵便番号 -) 広島 都 道 東広島 府 県 〇〇町〇町〇番地		
	連絡先	電話番号 082-123- (内線)	FAX番号 082-890-××××	
管理者	フリガナ	ヒガシ ヒロミ	住所	(郵便番号 739 - ×××)
	氏 名	東 広三		東広島市〇〇町〇町〇番地
	生年月日	平成〇年〇月〇日		
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)		サービス提供責任者 訪問介護員	
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	障害福祉サービスの指定を既に受けて、介護保険サービスの指定が後の場合には「有」にチェックしてください。	
共生型サービスの該当有無				☐ 有 ☒ 無
〇人員に関する基準の確認に必要な事項				運営規程と勤務形態一覧表の表記と一致させてください。
従業者の職種・員数		訪問介護		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)		1	1	
非常勤(人)		5		
常勤換算後の人数(人)		2.5		
利用者の推定数(人)				
サービス提供責任者	フリガナ	ヒガシ ハルコ	住所	(郵便番号 739 - ×××)
	氏 名	東 春子		東広島市西条町二丁目〇番地〇
	生年月日			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏 名			
生年月日				
添付書類		別添のとおり		

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
	Email			

- 備考
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。