

付表

指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 和歌山県伊都郡九度山町										
所	連絡先	電話番号					FAX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	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無						有・無					
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)		事業所等名称									
		兼務する職種、 勤務時間等										
事業開始時の利用者の予定数						人						
従 業 者 主 な 掲 示 事 項			介護支援専門員		(斜線表示)							
			専 従	兼 務								
	常 勤(人)											
非常勤(人)												
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・祝	~			
備 考												
利用料		法定代理受領分以外										
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 「受付番号」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

