

付表 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称	ヘルパーギョウショアイチ ヘルパー事業所あいち			丁目や番地なども省略せず正確に記載すること			
	所在地	(郵便番号 460 - 8501) 愛知県 名古屋市 中区三の丸三丁目1番1号						
	電話番号	052-954-6317						
	E-Mail	XXXX@mail						
事業所以外の 事務所	フリガナ 名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏名	アイチ ハナコ 愛知 花子	生年月日	1990 年 1 月 1 日				
	住所	(郵便番号 460 - 0000) 愛知県 名古屋市 中区四の丸三丁目1番						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	ヘルパー事業所あいち (介護保険)					
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者兼サービス提供責任者 9:00~17:00						
サービス提供者	フリガナ 氏名	アイチ イチロウ 愛知 一郎	生年月日	1990 年 1 月 1 日				
	住所	(郵便番号 460 - 0000) 愛知県 名古屋市 中区四の丸三丁目1番						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等								第 条 第 項 第 号
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
		○	○	○	○	○		
営業時間	その他(年末年始等)							
	平日	9	:	00	~	17	:	00
	土曜		:		~		:	
	日・祝		:		~		:	
サービス内容	身体介護	○		身体介護(通院介助)	○			
	家事援助	○		家事援助(通院介助)	○			
	乗降介助							
利用料	運営規程のとおり							
その他の費用	運営規程のとおり							
通常の事業の実施地域	名古屋市中区、北区、千種区、北名古屋市							

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■事業所以外の事務所

事業所以外の事務所	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	
	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	
	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	

■サービス提供責任者

サービス提供責任者	フリガナ 氏 名	ナゴヤ ハナコ 名古屋 花子	生年月日	1990 年 1 月 1 日
	住 所	(郵便番号 460 - 0000) 愛知 県 名古屋 市 中区四の丸三丁目1番		
	フリガナ 氏 名		生年月日	
	住 所	(郵便番号 -)		2人目以降のサービス提供責任者について記載すること。
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		