

付表1 居宅介護事業者等の指定(更新)に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	ヘルパーギョウジョアイチケン				
	所在地	(郵便番号 460 - 8501) 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号			丁目や番地なども省略せず正確に記載すること	
	連絡先	電話番号	0 5 2 - 9 5 4 - 6 3 1 7	FAX番号	0 5 2 - 9 5 4 - 6 9 2 0	
管理者	フリガナ	マルマル マルマル	住所	(郵便番号460-0000) 名古屋市中区四の丸三丁目1番		
	氏名	〇〇 〇〇	居宅介護従業者等との兼務の有無 (有) ・ 無			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	ヘルパー事業所あいちけん (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			
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	
サービス提供責任者 (別紙有・無)	フリガナ	マルマル マルマル	住所	(郵便番号460-0000) 名古屋市中区四の丸三丁目1番		
	氏名	〇〇 〇〇				
サービス提供責任者が複数いる場合は「有」に○を付け「参考様式13」を添付すること	従業者の職種・員数		居宅介護等従業者		その他の従業者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)		1	1		
	非常勤(人)		1	1	1	
	合計人数(人)		2.8		0.7	
		専人数(人)				
管理者は除く。事務職員等を計上する場合、運営規程や勤務形態一覧表と一致させること						
運営規程の表記と同一の記載とすること						
主な揭示事項						
営業日		月曜日から金曜日 (祝日、12月28日~1月3日を除く)				
営業時間		9:00~17:00				
サービス内容(該当に○)		居宅介護(乗降介助以外)・身体介護・家事援助・通院等介助 ・ 居宅介護(乗降介助)・重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護				
主たる対象者(該当に○)		居宅介護	特定無し ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者 ・ 障害児			
		重度訪問介護	特定無し ・ 肢体不自由者(身体障害者) ・ 難病等対象者 ・ 行動障害を有する者(知的障害者・精神障害者)			
		同行援護	特定無し ・ 身体障害者 ・ 障害児 ・ 難病等対象者			
		行動援護	特定無し ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
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				
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ <u>していない</u>			
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	052-954-6317	担当者	〇〇 〇〇
		その他				
一体的に管理運営する他の事業所		ヘルパー事業所あいちけん(介護保険)				
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)				

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。
- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「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記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。