

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						
	所在地	(郵便番号 460 - 0000) 愛知 県 名古屋 市 中区三の丸三丁目1番1号						
	電話番号	000-000-0000 FAX000-000-0001						
	E-Mail	*****.co.jp						
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	1985 年 2 月 1 日				
	住 所	(郵便番号 460 - 0001) 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 - 0001) 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	
障害児対象事業 (該当するものに○。重度訪問介護を除く。)	(該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input checked="" type="checkbox"/>)							
利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)								
○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		:		~		:	
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	名古屋市千種区、北区、中区、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. 更新の場合には、「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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。

所在地の表記は「丁目・番地」等省略せず、正確に記入する。

FAXを設置している場合は、FAX番号も記入する。

■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	ナゴヤ ジロウ	生年月日	2000	年	3	月	1	日
	氏名	名古屋 二郎							
	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		生年月日						
	氏名								
	住所	(郵便番号 -)							
	フリガナ		生年月日						
	氏名								
	住所	(郵便番号 -)							
	フリガナ		生年月日						
	氏名								
	住所	(郵便番号 -)							
フリガナ		生年月日							
氏名									
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入する。