

付表第三号(一) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|-------------------|--------------------|--------------|
| サービス種類(該当に○) | 介護予防訪問介護相当サービス | ○ | 緩和した基準による訪問型サービス | 定率 | |
| | | | | 定額 | |
| 事業所 | 法人番号 | 111111111111 | | | |
| | フリガナ | コウカイゴヘルパーステーション | | | |
| | 名称 | 甲府介護ヘルパーステーション | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 400 - 0858) 山梨 県 甲府 市 相生二丁目17番1号 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 055-237-2550 (内線) | FAX番号 | 055-242-6178 |
| | Email | kaigohoken@city.kofu.lg.jp | | | |
| 管理者 | フリガナ | シンゲン カシキ | 住所 | (郵便番号 400 - 0034) | |
| | 氏名 | 信玄 櫻幸 | | 山梨県甲府市宝二丁目8番19号 | |
| | 生年月日 | 昭和32年4月21日 | | | |
| | 訪問介護員等との兼務の有無 | | | 無 | |
| | 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | 名称 | デイサービス甲府介護 | | |
| | 兼務する職種及び勤務時間等 | 管理者 10:00~16:00 | | | |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 訪問介護員等 | | | |
| | | 専従 | 兼務 | | |
| 常勤(人) | | 5 | | | |
| 非常勤(人) | | 3 | 1 | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | 6.2 | | | |
| 利用者の推定数(人) | | 25 | | | |
| サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時 | フリガナ | トリモツ シロウ | 住所 | (郵便番号 400 - 0842) | |
| | 氏名 | 鳥持 次郎 | | 山梨県甲府市下今井町15 | |
| | フリガナ | タケダ ハルカ | 住所 | (郵便番号 400 - 0867) | |
| | 氏名 | 武田 春香 | | 山梨県甲府市青沼三丁目5番44 | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | |

兼務している職種を全て記載してください。

管理者が事業所の従業員と兼務している場合は「常勤兼務」にカウントしてください。

(訪問型サービス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 -) 県 市 郡 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | (内線) | FAX番号 | |
| | Email | | | | |

サテライト事業所がある場合は記入が必要です。

- 備考
- 1 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。
 - 2 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。
 - 3 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。