様式第５号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護更新に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　）  　　　　県　　　　　市・郡 | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | | |  |
| 出張所等 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　）  　　　　県　　　　　市・郡 | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | | |  |
| 当該事業の実施について規定されている定款、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 |  | | | |
| 当該総合事業訪問介護事業所で兼務する他の職務（兼務の場合記入） | | | | |  | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼務の場合記入） | | | | | 名称 | |  | | |
| 兼務する  他の職務 | |  | | |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | | | | 住所 | |  | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 |  | | | |
| フリガナ |  | | | | 住所 | |  | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 |  | | | |
| ＊従業員の職種及び人員 | | | 訪問介護員等 | | | |  | | | |
| 専従 | | 兼務 | |
|  | 常勤（人） | |  | |  | |
| 非常勤（人） | |  | |  | |
| 常勤換算後の人員（人） | |  | | | |
| ※基準上の必要人員 | |  | | | |
| ※適合の可否 | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | |  | | | | | | | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分（利用者負担分） | | | | | |  | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | |  | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | |  | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | |

備考

１　※印のある欄には、記入しないでください。

２　＊印の欄は、出張所等がある場合に、事業所に含めて記入してください。

３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。

４　添付書類

(1)　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴

(2)　運営規定

(3)　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(4)　当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態

(5)　当該申請に係る事業に係る資産の概要

(6)　当該申請に係る事業に係る第１号事業支給費の請求に関する事項

(7)　誓約書（第３条第１項に該当しないことを誓約する書面をいう。）

(8)　役員の氏名、生年月日及び住所

(9)　組織体制図

(10)　前各号に掲げる事項のほか、町長が指定に関し必要と認める事項を記載した書面