付表　指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| Email | |  | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | 住所 | | | （〒　　　―　　　　） | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 指定居宅介護支援事業所における（主任）介護支援専門員との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | 有・無 | |
| 同一敷地内の他の事業所または施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） | | | | 名　称 |  | | | | | | | | | |
| 兼務する職種および勤務時間等 | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 〇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（人） | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | その他の職員（事務職員等） | | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | 専従 | | | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 非常勤（人） | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | | | | 人 | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」欄には、記入しないでください。

　　２　管理者の兼務については、添付資料において確認可能な場合は記載を省略することができます。

　　３　「介護支援専門員」については、米原市指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準等を定める条例（平成30年米原市条例第５号）第４条に規定する介護支援専門員の員数を記載してください。

　　４　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、または別様に記載した書類を添付してください。

　　５　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員を含めて記載してください。