付表１３　指定居宅介護支援事業者の指定（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　　　－　　　）  福井県福井市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビル等の名称） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・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 |  | | | | | | | |
| 当該居宅介護支援事業所における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  及び勤務時間等 | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の予定数 | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数（人） | | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | |  | |
| 専　従 | | | | | | 兼　務 | | | | |
|  | 常　勤（人） | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 非常勤（人） | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　　1「基準上の必要人数」および「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　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。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　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も含めて記載してください。

5　当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には､当該指定居宅介護支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください｡

6　更新の場合において、前回の申請または届出のときの提出と変更がない事項は、その欄（太線で囲まれた部分）に斜線を引いてください。