

付表 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護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	(〒 ー) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号					ファックス番号				
	e-mail										
管理者	フリガナ					住所	(〒 ー) 県 郡・市				
	氏 名					住所					
	居宅介護事業従業者等との兼務の有無					有 ・ 無					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等		職種	勤務時間		～		
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等											第 条 第 項 第 号
サービス提供責任者	フリガナ					住所	(〒 ー) 県 郡・市				
	氏 名					住所					
従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者		※ その他の従業者の職種・員数を記載してください。					
		専従	兼務	専従	兼務						
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
※基準上の必要人数(人)											
営業日(○を付す)	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
営業時間	平日	～			土曜	～		日曜・祝日	～		
	備考										
サービスの内容 (該当項目欄に「○」を付す)	居宅介護			重度訪問介護		同行援護		行動援護			
	身体介護 通院介助 家事援助 乗降介助										
主たる対象者 (該当項目欄に「○」を付す)	居宅介護		身体障害者	知的障害者	障害児	精神障害者	難病等				
	重度訪問介護										
	同行援護										
	行動援護										
利用料	□市町村が定める額 □その他()										
その他の費用 (項目・金額も記入)											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況			している・していない							
	苦情解決の措置概要			窓口		電話番号		担当者			
	その他										
一体的に管理運営を行う他の事業所											
添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 事業所平面図 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等(写) <input type="checkbox"/> 実務経験証明書等 <input type="checkbox"/> その他()										

【記載要領】

- ※印の「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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別葉に記載した書類を添付してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「サービスの内容」欄には、実施するサービスに「○」を付してください。
複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄の該当項目に「○」を付し、関係書類をまとめて添付し、提出してください。なお、居宅介護と重度訪問介護の両方の指定を受けようとする場合は、居宅介護の項目のみに「○」を付しても構いません。
- 「主たる対象者」欄には、「○」を付してください。
- 「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記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。
- 実務経験証明書については、下記の方は添付してください。
 (1) サービス提供責任者；ホームヘルパー養成研修2級課程修了者は、介護等業務従事証明。
 (2) 行動援護事業所；知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務従事証明。

付表 1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合（出張所）の記載事項

※ 受付番号

事業所	フリガナ 名 称											
	所在地	(〒 _____) _____ 県 _____ 郡・市										
	連絡先	電話番号					ファックス番号					
	e-mail											
主な 揭示 事項	営業日 (○を付す)	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年度の休日		
	営業時間	平日	~			土曜	~			日曜・祝日	~	
	サービスの内容 (該当項目欄に「○」を付す)	居宅介護							重度訪問介護	同行援護	行動援護	
		身体介護	通院介助	家事援助	乗降介助							
	主たる対象者 (該当項目欄に「○」を付す)			身体障害者	知的障害者	障害児	精神障害者	難病等				
		居宅介護										
		重度訪問介護										
		同行援護										
	行動援護											
	利用料	□市町村が定める額 □その他 (_____)										
その他の費用 (項目・金額も記入)												
通常の事業の実施地域												
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない										
	苦情解決の措置概要	窓口				電話番号			担当者			
その他												
一体的に管理運営を行う他の事業所												
添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 事業所平面図 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等(写) <input type="checkbox"/> 実務経験証明書等 <input type="checkbox"/> その他 (_____)											

【記載要領】

- ※印の「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 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別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「サービスの内容」欄には、実施するサービスに「○」を付してください。
複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄の該当項目に「○」を付し、関係書類をまとめて添付し、提出してください。なお、居宅介護と重度訪問介護の両方の指定を受けようとする場合は、居宅介護の項目のみに「○」を付しても構いません。
- 「主たる対象者」欄には、「○」を付してください。
- 「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記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。
- 実務経験証明書については、下記の方は添付してください。
 - サービス提供責任者；ホームヘルパー養成研修2級課程修了者は、介護等業務従事証明。
 - 行動援護事業所；知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務従事証明。