

(付表1)

介護予防訪問サービス事業者の記入事項

令和〇〇年 ××月 △△日

事業所	フリガナ	アンジンホームヘルプステーション						事業所番号 (新規指定申請時は記入不要)								
	名称	あんじんホームヘルプステーション						2	2	7	0	4	9	9	9	9
	所在地	(〒414-0013) 伊東市桜木町2丁目2番3号														
	連絡先	電話番号	0557-〇〇-××××					FAX番号	0557-〇〇-△△△△							
管理者	フリガナ	イトウ イチロウ				住所	(〒414-8555) 伊東市大原2丁目1番1号									
	氏名	伊東 市郎														
	生年月日	昭和22年8月10日														
	訪問介護員等との兼務の有無	(有・無)														
	同一敷地内の他の事業所又は施設で兼務する職種及び勤務時間	事業所又は施設の名称	あんじんホームヘルプステーション (訪問介護・介護予防訪問介護)						職種	管理者						
	兼務する職種及び勤務時間	勤務時間: 8:30 から 17:30 まで														
サービス提供責任者	フリガナ	イトウ ナギサ				住所	(〒414-8555) 伊東市大原2丁目1番1号									
	氏名	伊東 浩														
	資格名	介護福祉士														
	フリガナ	ワダ スミ				住所	(〒414-0001) 伊東市宇佐美1645-6									
	氏名	和田 須美														
	資格名	保健師														
従業者	訪問介護員等	常勤 (人)	5			非常勤 (人)	0			常勤換算後の員数 (人)	5.2		基準上の必要員数 (人)	適否		
	専従	1			5			5.2								
	兼務	2			0			5.2								
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	備考	年末年始 (12月30日から1月3日まで) 休業 祝祭日営業						
		×	○	○	○	○	○	○								
	営業時間	平日	8:30		~	17:30		土曜	8:30		~	17:30		日曜・祝日	8:30 ~ 17:30	
		備考	日曜日定休、祝祭日は営業													
	利用料	法定代理受領分	介護保険法第115条の45の3第2項の規定により伊東市が定める額に各利用者の負担割合を乗じた額													
	法定代理受領分以外	介護保険法第115条の45の3第2項の規定により伊東市が定める額														
その他の費用	運営規程のとおり															
通常の事業の実施地域	伊東市															
	備考															

備考 サービス提供責任者が3人以上の場合は、付表1別紙「サービス提供責任者一覧」を提出してください。