

付表 7-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看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	(郵便番号 ー ) 県 郡市											
	連絡先	電話番号					FAX 番号						
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー )						
	氏名												
	生年月日												
	事業所内の従業者との兼務の有無	(有・無)		(職種 : )									
	他事業所の従業者との兼務の有無	(有・無)		事業所の名称									
			兼務する職種及び勤務時間等										
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)			名称										
			住所		(郵便番号 ー )								
従業者の職種・員数			訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成 責任者		
			定期巡回 サービス		随時訪問 サービス								
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
			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)										
適合の可否													
主な 揭示 事項	営業日												
	営業時間												
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)											
		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
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
  - 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様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、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。
  - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。