

付表 10

居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 ー) 県 市										

連絡先	電話番号					FAX 番号						
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											
	氏名											
	生年月日											
	介護支援専門員番号											
	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)	兼務する事業所の名称									
兼務する職種及び勤務時間等												
利用者数 (新規申請の場合は推定数)		人										
従業者		介護支援専門員										
		専従	兼務									
		常勤 (人)										
		非常勤 (人)										
営業日		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・祝				
		備考										
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 1 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。