

記載例

指定夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	●●●●ヘルパーセンター							
	名称	●●●●ヘルパーセンター							
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
		電子メールアドレス							
出張所等	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文		第●●条第●●項							
管理者	フリガナ	●●● ●●●			住所	浜松市●区●●●-●●			
	氏名	●● ●●							
	生年月日	●●年●●月●●日			当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)	サービス提供責任者			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)			名称					
				介護保険事業所番号					
			兼務する職種及び勤務時間等						
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無							
オペレーションセンターのか所数		● か所							
利用者数 (推定数)		●● 人 (うち他の市町村の利用者数 ●● 人)							
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員		
	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	
	常勤 (人)	●	●	●	●	●	●	●	
	非常勤 (人)	●	●	●	●	●	●	●	
	※ 基準上の必要人数 (人)								
※ 適合の可否									
主な揭示事項	営業日	月～金							
	営業時間	18:00～8:00							
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額						
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額						
	その他の費用	通常の事業の実施地域外 片道●●kmあたり●●円							
通常の事業の実施地域	浜松市●区、●区、●区								

地区名、町名などを記入。
(客観的にその区域が特定されるもの)
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。