**指定居宅介護支援事業所の指定（更新）に係る記載事項**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）  　宮城県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | |
| 当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | 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） | | | | | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の予定数  （又は現在の利用者数） | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数（人） | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | |  | |
| 専　従 | | | | | 兼　務 | | | | |
|  | 常　勤（人） | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 非常勤（人） | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分以外 | | | | | |  | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

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。

2　指定更新に係る申請の場合、「事業開始時の利用者数（又は現在の利用者数）」欄には、地域包括支援センターからの介護予防支援業務の委託件数を含まない（＝要介護者のみ）数を記載してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　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、本様式に出張所等に勤務する職員も含めて記載してください。

5　当該指定居宅介護支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援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。