付表3　　　南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業　指定事業者

介護予防ケアマネジメント　指定・更新に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　）　　　　　 |
| 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 |  | 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 | 　　　　　　　　人 |
| 従業者の職種・員数 | 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 | 　　　　曜日　～　　　曜日 |
| 年間の休日 | 　　　　曜日及び　　／　　～　　／　　、　　／　　～　　／ |
| 営業時間 | 　　　　：　　　～　　　： |
| 利用料 | 法定代理受領分以外　　介護報酬告示上の額 |
| その他の費用 | 運営規程のとおり |
| 通常の事業の実施地域 |  |

備考　 　1「受付番号」欄には、記載しないでください。

2　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。

3　添付書類

（1）登記事項証明書又は条例等

（2）事業所の平面図・写真・位置図

（3）管理者の経歴を記載した書面

（4）介護支援専門員の一覧を記載した書面

（5）運営規程、重要事項説明書

（6）利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面

（7）従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

（8）当該申請に係る事業のサービス費の請求に関する事項を記載した書面

（9）欠格事由に該当しないことを誓約する書面

（10）その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面