

付表 1 3 指定居宅介護支援事業者の記入事項

受付番号

事業所	フリガナ													
	名 称													
	所 在 地	(郵便番号 -)												
	 (ビルの名称等)												
	連 絡 先	電話番号						F A X 番号						
e-mail														
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)								
	氏 名													
	生年月日													
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)													
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)	事業所等の名称												
		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	区 分	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	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の				
											休日			
	営業時間	平日				~	土曜			~	日曜・祝日			~
		備考												
	利用料	法定代理受領分												
		法定代理受領分以外												
	その他の費用													
通常の事業実施地域	1			2			3			4			5	
	備考													
添付書類	別添のとおり													

備考

- (1) 「受付番号」欄は、記載しないでください。
- (2) 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付けてください。
- (3) 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
- (4) 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。