

付表 1 - 1 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											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 -)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住 所	(郵便番号 -)					
	氏 名											
	生年月日	年	月	日								
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)		事業所等名称					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										
予定利用者数		人(うち他の市町村の予定利用者数 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												
適合の可否												
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											
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示額の1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)								
		法定代理受領分以外		介護報酬告示額								
	その他の費用											
通常の事業の実施地域												
添付書類		別添のとおり										

備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

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 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様に記載してください。また、従業者については、本様式に
出張所に勤務する職員も含めて記載してください。4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。

付表 1－2 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項（主たる事業所の所在地以外の場所
所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 —)											
連絡先	電話番号							FAX番号					
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												
	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示額の1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)							
		法定代理受領分以外				介護報酬告示額							
	その他の費用												
通常の事業の実施地域													
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。