

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー) 県 市			
	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 ー)		
	氏名				
	生年月日				
	指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無				有・無
	地域包括支援センターの 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推定数		人			
従業者の職種・員数(人)		担当職員		その他の職員(事務職員等)	
		専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)					
非常勤(人)					
主な 揭示 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				
添付書類		別添のとおり			

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、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 「主な揭示事項」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、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 5 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号)第2条に規定する担当職員の員数を記載してください。