付表2-1

訪問型サービスＡ事業者の指定に係る記載事項

|  |
| --- |
| **１　実施事業所及び実施日・時間等** |
| 実施事業所 | 　〒　　　－　　　　　住所：　事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：　　電話：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 事業の営業日 | 　月　火　水　木　金　土　日　　祝日（※営業する曜日に○を記載してください） |
| 事業のサービス提供時間 | 平日：AM・PM　　：　　～　AM・PM　　：　　土曜：AM・PM　　：　　～　AM・PM　　：　　日曜・祝日：AM・PM　　：　　～　AM・PM　　：　　 |
| 実施区分 | □30分以下　　　　　　　　　□31分以上60分以下 |
| 生活援助に資する事業の実施実績内容 |
| 過去の実績内容 | □介護給付における指定介護訪問介護□予防給付における指定介護予防訪問介護□甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業における訪問介護相当サービス |

|  |
| --- |
| **２　担当職員　（事業に従事する職員を全員記入すること）** |
| 区　分 | 氏　名 | 職種・資格名 |
| （１）管理者 |  |  |
| （２）生活支援員 |  |  |
| （　）生活支援員 |  |  |
| （　）生活支援員 |  |  |

|  |
| --- |
| **３　履歴書** |
| **（１）管理者** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※有資格者の場合、資格証明書の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| **（２）生活支援員** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※資格証明書の写しを添付してください。

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すること。

２　出張所等がある場合、出張所ごとに付表2-1を作成すること。

３　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

４　次に掲げる書類を添付すること。ただし、訪問介護相当サービスの指定申請時に、同様の書類を提出する場合は、省略しても差し支えない。

　　(１)　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

(２)　事業所の平面図

(３)　運営規程

(４)　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類

(５)　当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類

(６)　当該申請に係る事業に係る訪問型サービス費の請求に関する事項を記載した書類

(７)　介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

(８)　役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類

(９)　当該訪問型サービスＡ以外のサービスを実施しようとするときは、当該訪問型サービスＡに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表

５　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ4とすること。