

付表 1-1 訪問介護事業者の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	(郵便番号 -)			
		(ビルの名称等)			
連絡先	電話番号		FAX 番号		
	Email				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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				
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
生年月日					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専従		兼務	
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
		常勤換算後の人数(人)			
		※基準上の必要人数(人)			
※適合の可否					
利用者の推定数(人)					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	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					
添付書類		別添のとおり			

備考 1 ※印の欄は、記入しないでください。

- 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。
- 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、その出張所等の所在地、サービス提供に当たる従業者の人数等を別様にして記載した書類を添付してください。
- 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

別添
訪問介護

指定（許可）更新申請に係る添付書類一覧

※受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類 (更新前の届出内容からの変更がない場合は、 「書類省略不可」以外のものは添付不要)	申請する事業・ 施設の種類			参考様式	更新前 届出内 容から の変更 の有無	
		訪問 介護				有	無
1	法人登記事項証明書又は条例等					有	無
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証、雇用契約書の写等)				参考様式 1	有	無
3	サービス提供責任者の経歴書				参考様式 2	有	無
4	事業所の平面図、位置図 必要に応じて外観及び内部の様子がわかる写真				参考様式 3	有	無
5	運営規程（変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付）				参考例	有	無
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				参考様式 6	有	無
7	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地					有	無
8	介護保険法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-①		書類省略不可
9	土地及び建物の登記事項証明書（土地・建物を所有している場合のみ添付）					有	無
	賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）					有	無

- 備考 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 [参考様式](#)、[参考例](#)を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
- 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。
- 4 「サービス提供責任者の経歴書」は、次の書類に代えることが可能です。
- (1) 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」の写し
- (2) 介護職員基礎研修課程修了者、介護職員実務者研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
- (3) 保健師、看護師、准看護師の場合、その免許証等の写し

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号

記入例

付表1-1 訪問介護事業者の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルホウモンカイゴジギョウシヨ			
	名称	〇〇訪問介護事業所			
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
		Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp		
管理者	フリガナ	カガワ タロウ	住所	(郵便番号760-8582)	
	氏名	香川 太郎		香川県高松市天神前6-1	
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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	△▽居宅介護支援事業所 管理者 15:00~17:00		
サービス提供者	フリガナ	カイゴ キョウコ	住所	(郵便番号760-0017)	
	氏名	介護 京子		香川県高松市番町5丁目4番15号	
	生年月日				
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
生年月日					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専従	兼務		
常勤(人)		2	1		
非常勤(人)		3			
常勤換算後の人数(人)		3.5人			
※基準上の必要人数(人)					
※適合の可否					
利用者の推定数(人)		35人			
主な揭示事項	営業日	月曜日~金曜日(但し、祝日及び12/29~1/4を除く)			
	営業時間	9:00~18:00			
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額			
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額			
	その他の費用	地域外交通費			
通常の事業実施地域	高松市、さぬき市、三木町				
添付書類		別添のとおり			