

付表2 訪問入浴・介護予防訪問入浴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					
	当該(介護予防)訪問入浴介護で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	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		
従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)				
		非常勤(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				
	その他費用					
通常の事業実施地域						
協力医療機関	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			
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。
- 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 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。
- 4 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

訪問入浴・介護予防訪問入浴介護

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	
		訪問入浴	介護予防			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	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
	設備及び備品の概要				参考様式 5	有	無
4	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 (予防)	有	無
5	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
6	協力医療機関との契約の内容					有	無
7	介護保険法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 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	
8	土地・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。

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2 訪問入浴・介護予防訪問入浴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	マルマルホウモンニュウヨクカイゴジギョウシヨ			
	名称	〇〇訪問入浴介護事業所			
	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				
	当該(介護予防)訪問入浴介護で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			介護職員	
	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					
従業者の職種・員数	看護職員	専従	兼務	介護職員	専従
		専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	1		2	
	非常勤(人)		1	2	
	※基準上の必要人数(人)				
※適合の可否					
利用者の推定数(人)	15人				
主な揭示事項	営業日	月曜日～金曜日(但し、12/29～1/3を除く)			
	営業時間	9:00～16:00			
	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			
	その他費用	-			
通常の事業実施地域	高松市、坂出市、さぬき市、香川郡、綾歌郡				
協力医療機関	名称	△▽総合病院	主な診療科名	内科、外科、整形外科	
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
添付書類	別添のとおり				