付表8―1　定期巡回・随時対応型訪問介護看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　　　―　　　)  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款等の条文 | | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ |  | | | | | | | 住所 | | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | |
| 事業所内の従業者との兼務の有無 | | | | | 有・無 | | | (職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 他事業所の従業者との兼務の有無 | | | | | 有・無 | | | 事業所の名称 | | | | | | |  | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | |  | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 連携する訪問看護事業所  (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載してください。) | | | | | | | | | | 名称 | | | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | | | オペレーター | | | | | 看護職員 | | | うち計画作成責任者 | | |
| 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 | 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 | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 営業日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

1　「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄には、記載しないでください。

　　2　記載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、本様式に出張所等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8―2　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | |
| 名称 | |  | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　)  　　　　　県　　　郡市 | | | | | |
|  | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | FAX番号 |  |
| E-mail | | |  | | |
| 営業日 | | | |  | | | |
| 営業時間 | | | |  | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | |

備考　記載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。