付表22

居宅介護支援・介護予防支援事業所の登録に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地域包括支援センターの設置年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 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 | |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | |
| 地域包括支援センターにおける他の職務との兼務の有無 | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | |  | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | | | | | | | 人 | | |  | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 担当職員（介護支援専門員等） | | | | | | | 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） | | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 事業所の職員 | | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 主な掲示事項 | | 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　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記載した書類を添付してください。

2　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別紙に記載してください。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。

3　「担当職員」については、「沖縄県介護保険広域連合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等を定める条例(平成27年沖縄県介護保険広域連合条例第1号)」第4条に規定する担当職員の員数を記載してください。