

付表1 長岡京市介護予防・日常生活支援総合事業の指定に係る記載事項(訪問型サービス)

事業所	フリガナ	□□ホームヘルプジギョウシヨ			
	名称	□□ホームヘルプ事業所			
	所在地	(郵便番号 617 - 0000 ) 長岡京市開田〇〇			
	連絡先	電話番号	075-000-0000	FAX 番号	075-000-0000
		Email			
管理者	フリガナ	ナガオカキョウ タロウ	住所	(郵便番号 617 - 9999 )	
	氏名	長岡京 太郎		長岡京市〇〇-〇	
	生年月日	年 月 日			
	当該事業所における訪問介護員等との兼務の有無			<input checked="" 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	□□訪問介護事業所		
	兼務する職種 及び勤務時間等	サービス提供責任者			
従業者の職種・員数		訪問介護員等		同一敷地内の他の事業所との兼務 がある場合は記入してください。	
常勤(人)					
非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数		20		人	
サービス提供 責任者	フリガナ	ナガオカキョウ タロウ	住所	(郵便	
	氏名	長岡京 太郎		サービス提供時間ではなく、事務 所として営業している日を記入して ください。祝日やお盆、年末年始に 休む場合はその期間を記入してく	
	フリガナ	ナガオカ ハナコ	住所	(郵便	
	氏名	長岡 花子			
主な掲 示事 項	営 業 日	月曜日から金曜日(ただし、祝日及び12/29から1/3を除く)			
	営 業 時 間	9:30~17:30			
	利 用 料	法定代理受領分	利用者負担割合に応じた額(1割, 2割又は3割) (負担割合証の割合に準ずる)		
		法定代理受領分以外	京都市が定める額		
	そ の 他 の 費 用				
通常の実施地域	長岡京市				
添 付 書 類	添のとおり				

備考

1  
2  
3  
分

交通費、キャンセル料等の利用料  
以外に徴収する費用がある場合は  
記入してください。

記載するか又は別様に記載し  
を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。  
、介護予防訪問介護相当サービスとの兼務の場合、各サービスごとに按

実施地域が明確に分かるように記  
入してください。