

付表 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ 名 称	サセボジギョウショ 佐世保事業所							指定書に記載される（されている）正式な事業所名を記入
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町 1 番 1 0 号							マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入
	連絡先	電話番号	0956-12-3456		FAX	0956-45-6789		法人のメールアドレスを記入	
	E-Mail	sasebo@jigyosyo.co.jp							
	事業 所以外 の	フリガナ 名 称							
管理者	所在地	(郵便番号 -) 県 市							
	連絡先	電話番号			FAX				
	E-Mail								
	フリガナ 氏 名	サセボ ジロウ 佐世保 次郎		生年月日	1986 年 8 月 20 日				
	住 所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町 5 番 1 号							
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）							当事業所で兼務する場合は、記入	
	他の事業所又は施設の従 業者との兼務（兼務の場合 記入）		事業所等の名称 兼務する職種及び勤 務時間等		高砂事業所 管理者として、週2・3日程度、8時間勤務			他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入	
	フリガナ 氏 名	シドウ カンサ 指導 監査		生年月日	1995 年 2 月 22 日				
	住 所	(郵便番号 857 - 0102) 長崎 県 佐世保 市 松瀬町 2 3 0 番地 3 0							
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等							第3条 第1項 第1号	サービス提供責任者を記入。複数設置する場合は、2ページ目以降に記入
〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日（該当する 日に〇）	日	月	火	水	木	金	土	祝	運営規程と一致させること
	その他（年末年始等）			12/29～1/3は休業日					
営業時間	平日	8	:	30	～	17	:	15	
	土曜	8	:	30	～	17	:	15	
	日・祝				～			:	
サービス内容	身体介護		〇	身体介護（通院介助）		〇	提供するサービス内容に〇を付けること		
	家事援助		〇	家事援助（通院介助）					
	乗降介助								
利用料	運営規程に定めるとおり								
その他の費用	運営規程に定めるとおり								運営規程と一致させること
通常の事業の実施 地域	佐世保市、佐々町（ただし、離島を除く）								

（備考）

- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

■事業所以外の事務所

事業 事務 所 以 外 の	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 市		
	連 絡 先	電話番号		FAX
	E-Mail			
	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 市		
	連 絡 先	電話番号		FAX
	E-Mail			
	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 市		
	連 絡 先	電話番号		FAX
	E-Mail			

[illegible]