

(届出様式1)

付表 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 -) 埼玉県戸田市													
	直通連絡先	直通電話番号							FAX番号						
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)							
	氏名														
	生年月日														
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	事業所等名称		兼務する職種 及び勤務時間等											
事業開始時の利用者の予定数				人											
従業者			介護支援専門員		/										
			専従	兼務											
	常勤(人)														
	非常勤(人)														
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日					
	営業時間	平日			~			土曜			~	日・祝			~
		備考													
	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	①	②		③			④		⑤						
	備考														

- 備考
- 1 「受付番号」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 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 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、