

付表 10 指定居宅介護支援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 ー) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)	
	氏名				
	生年月日				
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				<input 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			
		兼務する職種 及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員			
		専従	兼務		
		常勤(人)			
非常勤(人)					
事業開始時の利用者の推定数				人	
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様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(別添)

付表 10 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	
4	平面図	参考様式3
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
7	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	
8	誓約書	参考様式6
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

備考

3「管理者の経歴」は、主任介護支援専門員研修修了証(経過措置期間中は介護支援専門員証の写し)を添付ください。