

別紙2 訪問入浴介護事業者・介護予防訪問入浴介護事業者の指定に係る審査事項

										※受付番号				
事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地		(郵便番号 -)											
			(ビルの名称等)											
直通連絡先		直通電話番号				FAX番号								
		E-mail												
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 -)						生年		月日	
	氏名													
	当該訪問入浴介護事業所等で兼務する他の職種													
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称											
兼務する職種及びその職種に従事する時間等														
従業者の職種及び員数			看護職員				介護職員							
			専従		兼務		専従		兼務					
			常勤(人)											
			非常勤(人)											
			※基準上の必要人数(人)											
※適合の可否														
利用者の推定数(人)														
主な 掲 示 事 項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
			平日	時分から	時分まで	土曜	時分から	時分まで	日曜又は祝日	時分から	時分まで			
	営業時間		(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														
通常の事業の実施地域		①	②	③	④	⑤								
		(備考)												
協力 医療 機関	名称						診療科名							
	名称						診療科名							
	名称						診療科名							

注1 ※印の欄は、記入しないこと。

2 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
- (2) 事業所の平面図並びに設備及び備品の概要を記載した書類
- (3) 運営規程
- (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
- (5) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
- (6) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
- (7) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第114条第1項第10号に規定する誓約書
- (8) 当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること