様式第２号

やまがた介護事業者認証評価制度

**事 業 所 一 覧**

１　事業所単位で宣言又は認証申請をする場合には、当様式の提出は不要です。

２　介護事業者（法人）が運営するすべての介護施設・介護事業所名について記載してください。

３　事業所で実施するすべてのサービスの「サービス種別番号」について、別紙を参考に記載してください。

４　事業所名が異なる場合は同一の所在地でも欄を分けて記載してください。

５　欄が足りない場合は、適宜、欄を追加するか様式をコピーのうえ、記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 事業者名（法人名） |  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| 担当者連絡先 | 担当者 |  | 所属 |  |
| 電話番号 |  | E-mail |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |

（　枚のうち　枚目）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  | 事業所名 |  | サービス種別番号 |  |
| 事業所情報 | 住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  |

（　枚のうち　枚目）

別紙

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | サービス種別番号・サービス名 |
| 居宅サービス介護予防サービス | 【１】訪問介護【２】(介護予防)訪問入浴介護【３】(介護予防)訪問看護【４】(介護予防)訪問リハビリテーション【５】(介護予防)居宅療養管理指導【６】通所介護 | 【７】(介護予防)通所リハビリテーション【８】(介護予防)短期入所生活介護【９】(介護予防)短期入所療養介護【10】(介護予防)特定施設入居者生活介護【11】(介護予防)福祉用具貸与【12】特定(介護予防)福祉用具販売 |
| 支援サービス | 【13】居宅介護支援 | 【14】介護予防支援 |
| 介護保険施設 | 【15】介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）【16】介護老人保健施設 | 【17】介護療養型医療施設【18】介護医療院 |
| 地域密着型介護（予防）サービス | 【19】定期巡回・随時対応型訪問介護看護【20】夜間対応型訪問介護【21】地域密着型通所介護【22】(介護予防)認知症対応型通所介護【23】(介護予防)小規模多機能型居宅介護 | 【24】(介護予防)認知症対応型共同生活介護【25】地域密着型特定施設入居者生活介護【26】地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護【27】看護小規模多機能型居宅介護 |