付表１（別紙）

訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ											
	名　　称											
	所 在 地	（郵便番号　　－　　）										
	連 絡 先	電話番号							FAX 番号			
		Email アドレス										
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		
	営業時間	平日	～			土曜	～			日曜・祝日	～	
	利 用 料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額又は市が定めた額（負担割合証の割合に準ずる）									
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額又は市が定めた額									
	その他の費用											
	通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤						
		備 考										
添付書類		別添のとおり										

備考

１　「受付番号」欄には、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　「主な掲示事項」欄については、本欄への記載の代わりに内容が分かる資料の添付でも可とします。