

地域密着型通所介護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 )					
		(ビルの名称等)					
連 絡 先	電 話 番 号				F A X 番 号		
	E - m a i l						
食堂及び機能訓練室の合計面積		m <sup>2</sup>	基準上の必要数値	m <sup>2</sup> 以上	適合の可否		
主 な 掲 示 事 項	営 業 日						
	営 業 時 間	サービス提供時間 (送迎時間を除く)					
	利 用 定 員						
	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							
添付書類		別紙のとおり					

- 備考
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、別葉に記載した書類を添付してください。