

付表1-2 介護予防・日常生活支援総合事業(第1号訪問事業)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 ー) 県 郡市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
主な 揭示 事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分(一割・二割負担分)		
		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	別添のとおり			

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄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 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 ※ 通常の事業実施地域は、市町村単位を基本に記載してください。