

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  
 (認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ			
	名称	-----		
	所在地	(〒 )		
	連絡先	(ビル等の名称)		
	電話番号		F A X 番号	
食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積		基準上の必要数値	適合の可否	
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上	
主な 掲 示 事 項	営 業 日	単位ごとの営業日		
	営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)		
	利 用 定 員	( : ~ : : ~ : : ~ : )		
	利 用 料	法廷代理受領分(一割負担分)		
		----- 法廷代理受領分以外		
	食事の提供に用する費用			
	通常の事業実施地域			

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 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。