**付表１－２（現行訪問）**

**阿南市介護予防訪問介護相当サービスを**

**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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所** | **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **名称** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在地** | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡先** | **電話番号** | |  | | | | | | | **F　A　X** | | |  | | |
| **主な掲示事項** | **営業日** | | **日** | | **月** | **火** | **水** | **木** | | **金** | | **土** | **祝** | **その他**  **年間休日** | |  |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **営業時間** | | **平日** | | ～ | | | **土曜** | | ～ | | | | **日曜・祝日** | | ～ |
| **利用料** | | 法定代理受領分（負担割合証に記載されている負担割合に応じた額） | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| **そ の 他 の 費 用** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **通常の事業実施地域** | | ① | | | | | | ② | | | | | | ③ | |
| **添　　 付　　 書　　 類** | | | 別添「指定申請に係る提出書類一覧」のとおり | | | | | | | | | | | | | |

【 備考 】

記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記入した書類を添付してください。

**介護予防・日常生活支援総合事業用**