

付表1-2 訪問型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

受付番号

事業所	フリガナ	ホウモンカイゴ〇〇〇〇〇														
	名称	訪問介護〇〇〇〇〇														
	所在地	(郵便番号 XXX - XXXX ) 埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇														
	直通連絡先	直通電話番号	XX-XXXX-XXXX					FAX番号	XX-XXXX-XXXX							
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の	年末年始: 12/28~1/3					
		休	〇	〇	〇	〇	〇	〇	休	休日						
	営業時間	平日	8:00		~	17:00		土曜	8:00		~	17:00		日曜・祝日	~	
		備考														
	利用料	法定代理受領分	越谷市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の額の1割又は2割													
	法定代理受領分以外	越谷市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の額														
その他の費用	運営規程に定めるとおり															
通常の事業	①	越谷市		②	総合事業みなし指定に係る更新 においては運営規程の提出不要					⑤						
実施地域	備考															

- 備考
- 1 「受付番号」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 「主な掲示事項」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。