

付表2-3 通所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	ツウショカイゴ〇〇〇〇〇											
	名称	通所介護〇〇〇〇〇											
	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						
食堂及び機能訓練室の合計面積						基準上の必要数値	適合の可否						
	XX.XX m ²					m ² 以上							
主な揭示事項	定員	XX 人											
	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・祝	~
		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												
通常の事業実施地域	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						
	備考												
添付書類	平面図												

- 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 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。