様式第１号（その１）付表２－３

　　　　　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を

　　　　　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　　　－　　　　） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | FAX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 | |
|  | | | | ㎡ | | ㎡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。）  （①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） | | | | | |
| 利用定員 | | | 人（単位ごとの定員①　　人②　　人③　　人） | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分（１割、２割又は３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 | | |  | | | | | |

備考

　１　「受付番号」欄には、記載しないでください。

　２　記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、別紙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、別紙に記載した書類を添付してください。