付表１－２

夜間対応型訪問介護事業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　　　－　　　）  　　　　　県　　　郡市 | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | | |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 営 業 日 | | |  | | | |
| 営業時間 | | |  | | | |
| 利 用 料 | | | 法定代理受領分 | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | |
| その他の費用 | | |  | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | |
| 添付書類 | | | | 別紙[申請に必要な書類一覧（チェックリスト）]のとおり | | | |

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。