付表１０－２　地域密着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　　－　　） 県　　市 郡												
	連絡先	電話番号										FAX 番号		
単位別（　単位目）	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	利用定員	人											
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
		営業時間	平日	～	土曜日	～	日曜日・祝日	～						
			備考											
		利用料	法定代理受領分											
			法定代理受領分以外											
		食事の提供に要する費用												
		その他の費用												
		通常の事業実施地域												
添付書類			別添のとおり											

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。