

付表 6-2 通所 A 1 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

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 長野県 ー 郡市		

連絡先	電話番号		FAX 番号	
	サービスを提供するために必要な場所の合計面積		基準上の必要数値	適合の可否
	(全体)	m ²	(A)	m ² 以上
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日 (① ② ③)		
	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 (一割又は二割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類	平面図			

- 備考 1 「サービスを提供するために必要な場所の合計面積」欄には、通所介護事業所及び介護予防通所介護事業所の指定を受け、同一施設内でサービス提供を行う場合は、「(全体)」欄に施設全体の面積を、「(A)」欄には、通所 A 1 サービスに係る面積を記載してください。
- 2 「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 3 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。