

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 -)		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
メールアドレス				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分(1割または二割負担分)		
		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	別添のとおり			

- 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。