

付表 1-2

訪問介護・介護予防相当訪問事業・基準緩和型訪問事業者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	(〒 -) 広島県 福山市														
	連絡先	電話番号						FAX 番号								
E-mail アドレス																
主な 掲 示 事 項	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			~		日曜・祝日			~
		備考														
	利 用 料	介 護	法定代理受領分					介護報酬告示上の額の1割, 2割又は3割 (負担割合証の割合に準ずる)								
			法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額								
		緩 和 型 相 当 ・	法定代理受領分					福山市長の定める額の1割, 2割又は3割 (負担割合証の割合に準ずる)								
法定代理受領分以外					福山市長の定める額											
その他の費用																
通常 の 事 業 実 施 地 域	①		②		③		④		⑤							
	備考															
添付書類	別 添 の と お り															

- 備考 1 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すること。
2 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。