## 付表２－３　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応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　　－　　）<br>県　　郡市 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX 番号 | |

| 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 | 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| | 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）<br>（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（一割負担分） |
| | | 法定代理受領分以外 |
| | 食事の提供に要する費用 | |
| | 通常の事業実施地域 | |

備考　１　「受付番号」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。