**表４－２　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション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　　　郡市 | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | |
| 連絡先 | 電 話 番 号 | | |  | ＦＡＸ番号 | |  |
| メールアドレス | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | |  | |
| 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」は、記載しないでください。

　　 2　記載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 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。