付表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事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　)  　京都府　　　　郡・市 | | | | |
| 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(利用者負担分) | | | |
| 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 | | | | 別記のとおり | | | |

注１　記入欄が不足する場合は、別に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。

2　「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。