**○訪問介護事業者**

**○訪問入浴介護事業者・介護予防訪問入浴介護事業者**

**○訪問看護事業者・介護予防訪問看護事業者**

**○訪問リハビリテーション事業者・介護予防訪問リハビリテーション事業者　　　　はこちらを使用ください。**

**○居宅療養管理指導事業者・介護予防居宅療養管理指導事業者**

**○通所介護事業者**

**○通所リハビリテーション事業者・介護予防通所リハビリテーション事業者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 時　分から　時　分まで | | | | | | | | 土曜 | | 時　分から　時　分まで | | | 日曜又は祝日 | | 時　分から　時　分まで | |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 の実施地域 | ① | | | | | | | ② | | | | | | ③ | | | ④ | | ⑤ |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**○短期入所生活介護事業者・介護予防短期入所生活介護事業者**

**○短期入所療養介護事業者・介護予防短期入所療養介護事業者　はこちらを使用ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主な掲示事項 | 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 |  | | | | | |
| 通常の送迎  の実施地域 | ① | ② | | ③ | ④ | ⑤ |
| （備考） | | | | | |

**○特定施設入居者生活介護事業者・介護予防特定施設入居者生活介護事業者　はこちらを使用ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主な掲示事項 | 入所定員 | 人 | |
| 居室数 | 室 | |
| 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 |  | |

**○福祉用具貸与事業者・介護予防福祉用具貸与事業者　はこちらを使用ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 時　分から　時　分まで | | | | | | | | 土曜 | | 時　分から　時　分まで | | | | 日曜又は祝日 | 時　分から　時　分まで | |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 の実施地域 | ① | | | | | | | ② | | | | | | ③ | | ④ | | | ⑤ |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**○特定福祉用具販売事業者・特定介護予防福祉用具販売事業者　はこちらを使用ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 時　分から　時　分まで | | | | | 土曜 | | 時　分から　時　分まで | | | | | | 日曜又は祝日 | 時　分から　時　分まで | |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売費用の額 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | ① | | | | ② | | | | | | ③ | | | ④ | | | ⑤ |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | |

**○介護老人福祉施設　はこちらを使用ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主な掲示事項 | 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 |  | |

**○介護老人保健施設**

**○介護医療院　　　　　　　　はこちらを使用ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主な掲示事項 | 介護老人保健施設 | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーション等 | 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 | 時　分から　時　分まで | | | | | | 土曜 | | | 時　分から　時　分まで | | | | | 日曜又は祝日 | | 時　分から　時　分まで | | |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | ① | | | | ② | | | | | ③ | | | | ④ | | | | | ⑤ | |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |