**参考様式８**

**主な掲示事項**

**※提出するサービス種別の部分以外の掲示事項は削除して提出してください。**

**○夜間対応型訪問介護事業所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | ～ | | 日曜日・祝日 | ～ |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | |

※営業日は営業する曜日に○を記入してください。

※サービス提供時間が営業時間と異なる場合は備考欄にサービス提供時間を記入してください。

**○（介護予防）認知症対応型通所介護事業所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　）単位目 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | 人 | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | | | ～ | | 日曜日・祝日 | ～ |
| 備　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

※複数の単位がある場合は単位ごとに作成してください。

※営業日は営業する曜日に○を記入してください。

※サービス提供時間が営業時間と異なる場合は備考欄にサービス提供時間を記入してください。

**○（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | |  | | | | |
| 通いサービスの利用定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | |  | | | | |
| 宿泊サービスの利用定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | |  | | | | |
| 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 | | | | ～ | | 日曜日・祝日 | ～ |
| 備　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

※営業日は営業する曜日に○を記入してください。

※サービス提供時間が営業時間と異なる場合は備考欄にサービス提供時間を記入してください。

**○（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |

**○地域密着型特定施設入居者生活介護事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |

**○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |

**○定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | ～ | | 日曜日・祝日 | ～ |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

※営業日は営業する曜日に○を記入してください。

※サービス提供時間が営業時間と異なる場合は備考欄にサービス提供時間を記入してください。

**○看護小規模多機能型居宅介護事業所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | |  | | | | |
| 通いサービスの利用定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | |  | | | | |
| 宿泊サービスの利用定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | |  | | | | |
| 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 | | | | ～ | | 日曜日・祝日 | ～ |
| 備　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

※営業日は営業する曜日に○を記入してください。

※サービス提供時間が営業時間と異なる場合は備考欄にサービス提供時間を記入してください。

**○地域密着型通所介護事業所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　）単位目 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | 人 | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | | | ～ | | 日曜日・祝日 | ～ |
| 備　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

※複数の単位がある場合は単位ごとに作成してください。

※営業日は営業する曜日に○を記入してください。

※サービス提供時間が営業時間と異なる場合は備考欄にサービス提供時間を記入してください。