

地域福祉課 地域包括ケア推進担当行
(FAX : 0 8 3 4 — 2 2 — 8 3 9 6)

第2回 介護予防・日常生活支援総合事業 事業者説明会

サービス実施（予定）意向調査票

自立支援通所介護・訪問介護を平成29年4月から実施する事業所は、こちらの調査票をご提出ください。

■事業所及び連絡先

事業所名	
担当者名	
電話番号	
ファクス	

■実施（予定）サービス

実施（予定）のサービスにしてください。
サービス提供地域について、ご記入ください。

通所型サービス

訪問型サービス

<input type="checkbox"/> 自立支援通所介護 (通所型サービス A)		<input type="checkbox"/> 自立支援訪問介護 (訪問型サービス A)	
サービス 提供地域		サービス 提供地域	

<留意事項>

- ・2月中に、実施予定事業所としてホームページに掲載予定です。
- ・正式な申請書は、後日ホームページに掲載いたしますので、地域福祉課にご提出ください。

平成29年2月15日（水）までに提出してください