

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1回 介護予防・日常生活支援総合事業 事業者説明会

サービス実施意向調査票

■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

該当する箇所に☑してください。

通所型サービス

総合事業通所介護 (現行の通所介護相当サービス)	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 実施しない
自立支援通所介護 (通所型サービス A)	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 実施しない

訪問型サービス

総合事業訪問介護 (現行の訪問介護相当サービス)	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 実施しない
自立支援訪問介護 (訪問型サービス A)	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 実施しない

<留意事項>

- ・この調査票を提出しないことにより、実施の申請ができなくなるものではありません

平成28年9月30日（金）までに提出してください