

別記様式第1号（第5条関係）

周南市短期集中通所介護実施申請書

年 月 日

（宛先）周南市長

住所：

名称：

役職名：

代表者名：

周南市短期集中通所介護の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱に基づき短期集中通所介護を実施したいので、次のとおり申請します。

実施施設	名称		
	所在地		
	管理者		
	電話番号		
契約者 (経営主体)	名称		
	所在地		
	代表者		
	電話番号		
従事者の職種・ 員数	理学療法士・作業療法士（ 人）、管理栄養士（ 人） 言語聴覚士、歯科衛生士、看護師（ 人）その他（ 人）		
定員	名	サービス 提供日	
サービス 提供時間	: ~ :	サービス 提供地域	
実施会場の面積	m ²	受託開始 希望日	

【確認事項】

- 1 業務の内容は、本要綱及び仕様書で定めたものとする。その他については、信義に従って誠実に市と協議して決定するものとする。
- 2 事業の適正を期するため必要があるときは、市長は事業所に対して報告をさせ、又は市職員にその事業所に立ち入り、書類、帳簿その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問することがあるものとする。
- 3 請求時（毎月）及びサービス終了時には実施報告書を市に提出するものとする。市長はこの報告とは別に実施状況を調査し、又は報告を求めることがあるものとする。