令和　　年　　月　　日

由利本荘市長　様

様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

**由利本荘市地域密着型サービス事業者事前協議申込書**

　このことについて、下記提出書類を添えて申込します。

記

**１　申込する地域密着型サービス**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の所在地 | 〒　　　- | | | |
| 事業所の所在地にて行う事業の種類 | | 実施事業 | 利用定員  予定数 | 事業開始  予定年月日 |
| 地域密着型  サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |  |
| 夜間対応型訪問介護 |  |  |  |
| 認知症対応型通所介護 |  |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護 |  |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護 |  |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 |  |  |  |
| 地域密着型介護  予防サービス | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |  |  |  |
| 介護予防認知症対応型通所介護 |  |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 |  |  |  |

※実施事業に○をしてください。

**２　提出書類　別紙　提出書類確認一覧表のとおり**

**３　担当者連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| 住　所 | 〒　　　- | | |
| 所　属 |  |  |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| e-mail |  | | |