年　　月　　日

　　花巻市長　　様

申請者　所在地

団体名

代表者氏名

花巻市訪問型サービスＡ・通所型サービスＡ（指定事業者以外）実施届出書

　訪問型サービスＡ・通所型サービスＡを実施したいので、花巻市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第１９条第１項の規定により、次のとおり関係書類を添えて届けます。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）　　　 |
| （建物の名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 実施するサービスの種類 | 　　□訪問型サービスＡ　　　□通所型サービスＡ |
| サービスを開始できる予定年月日 |  |
| サービス提供場所（通所型サービスＡを行う場合に実施場所を記入） | （郵便番号　　　－　　　　）　　　　 |
| （建物の名称等） |
| 提供するサービスの内容 |  |
| 備　考 |  |