様式第４号（第20条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 箕輪町訪問型サービスＢ等実施届出書 |  |

年　　月　　日

　箕輪町長

所在地

届出者

名称

　訪問型サービスＢ　・　訪問型サービスＤ　・　通所型サービスＢ　を実施したいので、箕輪町介護予防・日常生活支援総合事業実施規則第20条第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | |  |
| 届出者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号　　―　　　　) | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 |  | | | |
| 代表者の  職名・氏名・  生年月日 | | 職名 |  | | | ふりがな | | | | | 生年月日 | | |
| 氏名 | | | | |
| 代表者の住所 | | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 実施しようとする事業の種類 | 事業所等の  所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | 実施事業 | 事業開始  予定年月日 | | | 既に実施している  事業の開始年月日 | |
| 第１号事業  サービス | 訪問型サービスＢ | | | | | | |  |  | | |  | |
| 訪問型サービスＤ | | | | | | |  |  | | |  | |
| 通所型サービスＢ | | | | | | |  |  | | |  | |
| サービス提供場所（通所型サービスＢを実施する場合に記入） | | | | | | 名　称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |
| 事業を実施している他市町村名 | | | | | |  | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。

　　２　「実施事業」欄は、今回届出するもの及び既に実施しているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　３　「事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。