

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。