様式第7号（第8条、第11条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業（サービスＣ）実施（変更）届出書

年　　　月　　　日

酒田市長　宛

申請団体名称

（代表者氏名）

酒田市介護予防・日常生活支援総合事業を実施（変更）したいので、次のとおり関係書類を添えて届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請団体 | フリガナ名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ-メール |  |
| フリガナ代表者名 |  |
| 代表者の連絡先 | 〒電話番号 |
| 事業実施詳細 | 対応可能な専門職 | □理学療法士　□作業療法士　□歯科衛生士□言語聴覚士　□管理栄養士　□薬剤師□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 負担金 | 円／回 |
| 対応可能な圏域 | □なかまち（琢成、松陵）　□にいだ（浜田、若浜、飛島）　□はくちょう（港南、亀ケ崎、松原）　□あけぼの（泉、富士見）□かわみなみ（宮野浦、新堀、広野、黒森、十坂）□ほくぶ（上田、本楯、南遊佐、西荒瀬）　□ひがし（東平田、中平田、北平田）　□やわた（観音寺、一條、大沢、日向）　□まつやま（内郷、山寺、南部、松嶺）□ひらた（砂越・砂越緑町、南平田、田沢、東陽、郡鏡・山谷） |