様式第8号（第9条、第12条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業（サービスＤ）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 | | | | |
| 実施事業の種類 | フリガナ  団体の名称 | □申請団体と同じ（省略可） | | | | |
| 実施拠点の所在地 | □申請団体と同じ（省略可）  〒 | | | | |
| 事業の種類 | 事業開始予定　年月日 | | | 様　式 | |
| 訪問型サービスＤ  （住民主体等） | 年　　　　月　　　　日 | | | 付表４ | |
| 送迎対象とするＢ型の種類 | フリガナ  団体の名称 |  | | | | |
| 実施拠点の所在地 |  | | | | |
| 事業の種類 | 事業開始予定　年月日 | | | | 様　式 |
| 通所型サービスＢ  （住民主体等） | 年　　　　月　　　　日 | | | | 付表２  （省略可） |
| 備　考 | | ※訪問型サービスＤは通所型サービスＢの実施団体と別とすること。 | | | | |

様式第7号　付表４

訪問型サービスＤ（住民主体等）事業に係る記載事項

団体の名称

事務担当者氏名

（電話番号）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業従事者の員数  （代表者も含む） | | （　　　　　）人  ※氏名、住所、生年月日を記載した名簿を添付すること。 |
| 提供するサービスの種類  （該当項目に🗹する） | | □送迎  □その他 |
| 掲示事項 | 送迎日 |  |
| 送迎時間 |  |
| 送迎方法 | ※参考資料添付も可。 |
| その他特記事項 |  |