

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービスB）実施申請書

年 月 日

(宛先)佐野市長

所在地

申請団体 名 称
(代表者の氏名)



佐野市介護予防・日常生活支援総合事業を実施したいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請団体	フリガナ				
	名				
	称				
	所在地	〒			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Eメールアドレス			
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ氏名	
代表者の住所	〒				
事業の種類	実施事業		事業開始予定年月日		
	訪問型サービスB (住民主体等)		年 月 日		
提供するサービスの種類 (該当項目の□にチェック)	<input type="checkbox"/> 掃除 居室内又はトイレ、階段等の清掃 <input type="checkbox"/> 洗濯 洗濯、物干し、布団干し、取入れ、収納、アイロンかけ <input type="checkbox"/> ベッドメイク 利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等 <input type="checkbox"/> 衣類の整理・被服の補修 夏・冬物等の入換、ボタン付け、破れ補修等 <input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 配膳・後片付けのみ、一般的な調理 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受取り 日用品等の買物（内容確認、品物・釣り銭の確認） <input type="checkbox"/> ゴミ出し・草取り <input type="checkbox"/> 話相手 <input type="checkbox"/> 電球交換 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	負担金				
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				

