

介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス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	
通所型サービスB (住民主体等)		年 月 日			
主な実施場所					
実施日・実施時間					
利用定員		利用定員 名			
負担金					
提供するサービスの種類 (該当項目の□にチェック)		<input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用者	介護度	男		女	
	要支援1・2				
	要支援以外				