

年 月 日

申出先) 東村山市 地域包括支援センター

住 所
事業者 (所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)



東村山市予防支援業務等受託申出書

指定介護予防支援及び第1号介護予防支援業務の一部を受託する事業者としての登録を申出ます。なお、介護保険法第84条に規定された内容に該当しないことを申し添えます。

申請者	事業者番号		
	名称		
	所在地・連絡先	〒	
		電話	
所属介護支援専門員	常勤	人	非常勤 人
ケアプラン作成状況	件 ※ 申出前年度末現在		
減算請求件数	件 ※ 申出前年度末現在		

- ・ 介護予防支援に係る研修を終了した者の修了書を添付してください。