

金沢市介護保険課 宛
FAX 076(220)2559

総合事業 通所型サービスの実施意向に関する調査票

事業所名 _____

担当者名 _____

連絡先電話番号 _____

現在の利用定員 _____ 人

現在の要支援利用者数 要支援1 _____ 人 要支援2 _____ 人

提出期限 平成28年12月8日(木)まで

現行相当サービス	<p>いずれかに○を記入し、必要事項を記入してください</p> <p>(1)実施したい(平成 年 月から) 実施定員 人</p> <p>(2)実施しない (理由)</p>
通所型サービスA (基準緩和型サービス)	<p>いずれかに○を記入し、必要事項を記入してください</p> <p>(1)実施したい(平成 年 月から) 実施定員 人</p> <p>(2)実施しない (理由)</p>

※この調査は、総合事業の事業所指定に影響しません。