

(別紙)

事業所（施設）の所在地 _____

事業所（施設）の名称 _____

事業所（施設）連絡先電話番号 _____

介護保険指定事業所番号										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

利用助成金対象サービス（※実施されるサービスに○印をつけてください。）

訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	介護福祉施設	介護予防短期入所生活介護	認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス	地域密着型通所介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護
介護予防認知症対応型通所介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	介護予防認知症対応型共同生活介護	介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス	介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス	

事業所（施設）の所在地 _____

事業所（施設）の名称 _____

事業所（施設）連絡先電話番号 _____

介護保険指定事業所番号										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

利用助成金対象サービス（※実施されるサービスに○印をつけてください。）

訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	介護福祉施設	介護予防短期入所生活介護	認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス	地域密着型通所介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護
介護予防認知症対応型通所介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	介護予防認知症対応型共同生活介護	介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス	介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス	