

(様式1)

年 月 日

(あて先)一宮市長

〒 ー

法人所在地

フリガナ

法人名称

代表者氏名

電話 () ー

FAX () ー

介護保険地域密着型サービス事業応募申込について

このことについて、下記のとおり、関係書類を添えて応募します。

なお、選定された場合は、当応募内容に基づいて整備を行うこと、及び一宮市の指導に従うことを誓約します。

記

事業所の所在地 (予定地)	〒 ー 一宮市
フリガナ	
事業所名称 (仮称)	

開設を予定している事業の種類	地域密着型サービス	地域密着型 介護予防サービス	※日常生活圏域区分
認知症対応型共同生活介護	○		

補助金申請	(☐ 施設等整備補助 ☐ 施設開設準備経費補助) の申請を希望します。
	☐ 補助金の申請を希望しません。

※ 複数の補助申請を希望することも可能ですが、交付については、県予算の範囲内となるため、不交付となる可能性もあります。

担当者氏名	
通知送付先	〒 ー
電話番号	() ー
FAX	() ー
E-mail	

- 1 介護予防サービスを提供する場合は、該当欄に○印を記入してください。
- 2 ※印の「日常生活圏域区分」欄は、何も記入しないで下さい。
- 3 今後問い合わせに必要となる場合がありますので、連絡先として担当者氏名、通知送付先等を必ず記入して下さい。