提出日　年　月　日

**文京区総合サービス事業指定事前相談票**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（法人名） |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 　　　　　　　都　　　　　　　区・市　　　　　　　県　　　　　　　町・村 |
| 指定希望日 | （希望日の2月前までに事前相談すること、とＨＰに記載しています） |
| 申請するサービス | 訪問　　[ ] 　国基準の訪問型サービス（Ａ２）[ ] 　区独自基準の訪問型サービス（Ａ３）通所　　[ ] 　国基準の通所型サービス（Ａ６）[ ] 　区独自基準の通所型サービス（Ａ７） |
| 併設サービス | 　[ ] 　訪問介護　　　　　[ ] 　通所介護　　　　 [ ] 　地域密着型通所介護　[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 書類の提出締切日 | **指定希望日２か月前の末日まで****※不備があった場合は翌月以降の指定になります** |
| 書類作成担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※当事前相談票の有効期限は、区受領日から３か月です。

期限を過ぎた場合、再度の提出が必要となりますのでご注意ください。

|  |
| --- |
| **区受領印** |
|  |