提出日　年　月　日

**居宅介護支援事業所指定事前相談票**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（法人名） |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 東京　　　 　 都　　　　文京　区・市　　　　　　　　県　　　　　　　町・村 |
| 指定希望日 | （希望日の2か月前の１日までに事前相談すること、とＨＰに記載しています） |
| 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 | **指定希望日の２か月前の１５日まで****※不備があった場合は、指定希望日を変更していただくことがあります。** |
| 書類作成担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| **区受領印** |
|  |

※当事前相談票は、書類が提出締切日までに提出されない場合は無効となりますのでご注意ください。