

( 参考様式9 )

受託居宅サービス事業者が事業を行う事業者の名称及び所在地並びに当該事業所の名称及び所在地

| サービス                            | 事業者        |     | 事業所        |     |
|---------------------------------|------------|-----|------------|-----|
|                                 | フリガナ<br>名称 | 所在地 | フリガナ<br>名称 | 所在地 |
| 指定訪問<br>介護<br>(第一号訪<br>問事業)     |            |     |            |     |
| (介護予防)<br>指定訪問<br>入浴介護          |            |     |            |     |
| (介護予防)<br>指定訪問<br>看護            |            |     |            |     |
| (介護予防)<br>指定訪問リ<br>ハビリテー<br>ション |            |     |            |     |
| 指定通所<br>介護<br>(第一号通<br>所事業)     |            |     |            |     |
| (介護予防)<br>指定通所リ<br>ハビリテー<br>ション |            |     |            |     |
| (介護予防)<br>指定福祉<br>用具貸与          |            |     |            |     |
| (介護予防)<br>指定認知<br>症対応型<br>通所介護  |            |     |            |     |

- 備考 1 訪問介護、訪問看護、通所介護については必ず記入してください。  
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。