**【提出先】　藤沢市介護保険課　FAX：0466-50-8443**

**E-mail：fj1-kaigo-j@city.fujisawa.lg.jp**

**【申込期限】２０２４年（令和６年）１１月２９日（金）午後５時まで**

**ケアプランデータ連携による活用促進モデル地域づくり事業**

**事業参加申込書**

* 「ケアプランデータ連携による活用促進モデル地域づくり事業」への参加意向がある場合には、この申込書をご提出ください
* 申込結果を踏まえ、本市が参加事業所を選定します
* 市内連携先の事業所にもお声がけの上、是非ご検討ください

＜事業所情報＞※事業所番号ごとに**１枚**ご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 藤沢市 |
| サービス種別  ※同一の事業所番号  で複数のサービス  を提供している場  合は、本事業への参加意向のあるサービスすべてにチェックを入れてください | □居宅介護支援　　　　　　　□介護予防支援  □訪問介護　　　　　　　　　□訪問入浴介護  □訪問看護　　　　　　　　　□訪問リハビリテーション  □通所介護　　　　　　　　　□通所リハビリテーション  □地域密着型通所介護　　　　□短期入所生活(療養)介護  □福祉用具貸与　　　　　　　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護  □夜間対応型訪問介護　　　　□小規模多機能型居宅介護  □認知症対応型通所介護　　　□看護小規模多機能型居宅介護  □特定施設入居者生活介護(短期利用のみ)  □地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用のみ)  □認知症対応型共同生活介護(短期利用のみ) |
| 担当者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

以　上