

指定申請事前相談書

(1)	申請法人名		
(2)	申請者所在地 (法人所在地)	〒 -	
(3)	担当者	担当部署：	担当者名：
		電話番号：	メー ル：
(4)	事業開始 予定年月日		
(5)	予定事業所名		
(6)	開設予定地	〒272- 千葉県市川市	
(7)	サービス種別	※申請するサービスに“○”を記入してください	
		地域密着型通所介護	
		地域密着型サービス ()	
		居宅介護支援	
		介護予防支援	
		介護予防訪問型サービス事業	
		介護予防通所型サービス事業	
		基準緩和通所型サービス事業	
(8)	(7)について、(1)に記載した申請法人がすでに運営していますか。 ※ 市外所在事業所含む。 ※ (7)が地域密着型通所介護、介護予防通所型サービス事業または基準緩和通所型サービス事業の場合、通所介護を運営している場合を含む。 ※ (7)が介護予防訪問型サービス事業の場合、訪問介護を運営している場合を含む。		している / していない
	→していない場合 事前相談希望日時：		

《平面図と併せてメールまたはFAXで提出》

市川市 介護保険課 施設グループ

住 所：〒272-8501 市川市八幡1-1-1

電 話：047-712-8548 FAX：047-712-8733

メール：shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

※指定申請を取り下げの場合または事業開始予定日を延期する場合はご連絡ください。

※事前相談：対面にて該当サービスについてのご説明等を行い、質問等を受け付けるものです。指定申請の前に行うため、2ヶ月前を目安として下さい。