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 |  |

|  |
| --- |
| **区受領印** |
|  |

※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。