（様式第５号）

**札幌市内で提供している介護保険サービス等の概要**

**法人名（　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | サービス種別※１ | 予防※2　　　　 | 事業所・施設名、所在地等　※３ | 事業所登録番号　※４ |
| ① |  |  | 事業所・施設名：所在地：指定年月日：　　年　　月　　日 |  |
| ② |  |  | 事業所・施設名：所在地：指定年月日：　　年　　月　　日 |  |
| ③ |  |  | 事業所・施設名：所在地：指定年月日：　　年　　月　　日 |  |
| ④ |  |  | 事業所・施設名：所在地：指定年月日：　　年　　月　　日 |  |
| ⑤ |  |  | 事業所・施設名：所在地：指定年月日：　　年　　月　　日 |  |
| **地域包括支援センター・介護予防センターの運営**　 ※5※該当する場合、○を記載してください。 |
|  | 地域包括支援センター | センター名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 介護予防センター | センター名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※１　「居宅介護支援」「訪問介護」「介護老人福祉施設」等のサービス種別を記載してください。

※２　「介護予防サービス」「介護予防・生活支援サービス」を実施している場合は、○を記載してください。

※３・４　事業所・施設名、所在地、指定年月日、指定登録番号を記載してください。

※５　地域包括支援センター・介護予防センターを運営している場合は、該当に○を記載してください。

※その他　枠が足りない場合は、適宜追加ください。