

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業
市外保険者 利用届

(あて先)札幌市長

年 月 日

事業者 住所
(開設者) 氏名
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名〕

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により市外保険者を届け出たので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業所	フリガナ										
	名称										
	事業所等の所在地		(郵便番号 -)								
			(ビルの名称等)								
	連絡先	電話				FAX					
サービス種類	第1号訪問事業 ・ 第1号通所事業										
介護保険事業所番号	0	1									
市外保険者	保険者(市町村名)							指定年月日			
	①								年	月	日
	②								年	月	日
	③								年	月	日
	④								年	月	日
	⑤								年	月	日
	⑥								年	月	日
	⑦								年	月	日
	⑧								年	月	日
	⑨								年	月	日
	⑩								年	月	日

【注意】

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「サービス種類」は該当するサービスを丸で囲ってください。
- 3 「市外保険者」欄で届出いただく保険者の事業者指定通知書の写しを添付してください。
- 4 住所地特例者は本書類の届出対象外です。
- 5 市外保険者欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。