**【提出先】　藤沢市介護保険課　FAX：0466-50-8443**

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

**【提出期限】１１月４日（月）17:00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
* 併せて、本市が業務委託するコンサルティング事業者による直接介入支援を希望される場合は「直接介入支援希望あり」にチェックしてください
* モデル地域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 |  |
| 直接介入支援の希望有無 | □直接介入支援希望あり  ※希望多数の場合は選定委員会により対象事業者の選定を行います |

以　上