

第7号様式（第9条関係）

伊東市第一号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書

令和〇〇年××月△△日

(届出先)

伊東市長

所在地 **伊東市大原2丁目1番1号**
 届出者 法人名 **株式会社 伊東介護サービス**
 職・氏名 **代表取締役社長 伊東 市郎**

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ	カフシキガイシヤ イトウカイゴサービス									
	名称	株式会社 伊東介護サービス									
	主たる事務所の所在地	(〒 414-8555) 伊東市大原2丁目1番1号									
	連絡先	電話番号	0557-32-1563	FAX番号	0557-36-1165						
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役社長	氏名	伊東 市郎						
事業所	フリガナ	アンジンテイサービスセンター									
	名称	あんじんテイサービスセンター									
	事業所番号	2	2	7	0	4	9	9	9	9	※既に指定を受けている場合のみ記入
	事業所の所在地	(〒 414-0013) 伊東市桜木町2丁目2番3号									
	連絡先	電話番号	0557-〇〇-××××			FAX番号	0557-〇〇-△△△△				
		e-mail アドレス	anjin_dayservice@〇〇.ne.jp								
事業の種類 (該当するものに〇)	・介護予防訪問介護相当サービス ・訪問型サービスA ・ 介護予防通所介護相当サービス ・通所型サービスA										
届出の内容	異動等の区分	1 新規 2 変更 3 終了				異動年月日	令和〇〇年◇◇月×日				
	特記事項	変更前				変更後					
同一事業所で行う事業の種類 指定第一号事業			実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日						
	介護予防訪問介護相当サービス		○		令和〇〇年4月1日						
	訪問型サービスA										
	介護予防通所介護相当サービス		○		令和〇〇年◇◇月×日						
通所型サービスA											