様式第5号(第7条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定介護予防支援事業所予防支援委託届出書

年　　月　　日

小野町長　様

所在地

指定介護予防支援事業所

名称　　　　　　　　　　　　印

次のとおり指定介護予防支援の一部を委託しましたので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  |
|  |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 委託しようとする指定介護予防支援の内容 |  |
| 委託期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  |
|  |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 委託しようとする指定介護予防支援の内容 |  |
| 委託期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  |
|  |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 委託しようとする指定介護予防支援の内容 |  |
| 委託期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

備考　「受付番号」欄には記載しないでください。