

（あて先） 浜松市長

届出者 住所
 [所在地]
 氏名
 [名称及び
 代表者氏名] 印
 [代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。]

指定介護予防支援委託届出書

指定介護予防支援の一部を委託しようとするので、介護保険法施行規則第140条の35第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

介護保険事業所番号																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所	名称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
委託しようとする 指定居宅介護支援 事業所	介護保険 事業所番号	
	名称	
	所在地	
委託しようとする 指定介護予防支援 の内容		
委託しようとする 期間		