

(参考様式18)

受託居宅（介護予防）サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地

| サービス                | 実施事業 |    | 事業者（法人等）の名称 | 所在地    | 事業所名 | 所在地    |
|---------------------|------|----|-------------|--------|------|--------|
|                     | 介護   | 予防 |             |        |      |        |
| 指定(介護予防)訪問介護        |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定(介護予防)訪問入浴介護      |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定(介護予防)訪問看護        |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定(介護予防)訪問リハビリテーション |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定(介護予防)通所介護        |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定(介護予防)通所リハビリテーション |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定(介護予防)福祉用具貸与      |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定地域密着型通所介護         |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
| 指定(介護予防)認知症対応型通所介護  |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |
|                     |      |    |             | (〒 - ) |      | (〒 - ) |

- 備考1 指定（介護予防）訪問介護，指定（介護予防）訪問看護，指定（介護予防）通所介護又は指定地域密着型通所介護については必ず記入してください。
- 2 記入欄が不足する場合は，適宜，欄を設けるなどして記載してください。