

(様式4)

事業所情報提供書

令和 年 月 日

西宮市長様

事業者名称

代表者職氏名

印

「西宮市子育て世帯訪問支援業務」の実施にあたり、ヘルパーの派遣を行う事業所情報について、下記のとおり提供します。

記

事業所名		
事業所所在地	〒 ー	
事業所 責任者職氏名	(氏名) (職名)	
事業所連絡先	電話番号	
	FAX 番号	
事業所区分 ※いずれかに○を 付けてください。 ※対応する指定書(写) を提出してください。		介護保険法第70条第1項に規定する指定居宅サービス事業者 (訪問介護事業所)
		介護保険法第115条の45の5第1項に規定する指定第一号事業者 (予防専門型訪問サービス事業所)
		介護保険法第115条の45の5第1項に規定する指定第一号事業者 (家事援助限定型訪問サービス事業所)
		障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 第36条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者 (居宅介護事業所)
派遣可能曜日 (12/29~1/3は除く)	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全曜日 <input type="checkbox"/> 一部の曜日のみ (<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日)	(祝日: 含む / 含まない) (いずれかに○を記入)
派遣可能時間	午前__時 ~ 午後__時	注: 最大で午前8時~午後6時の範囲内。

(注意)ヘルパーの派遣を行う事業所が複数ある場合は、この用紙を複数枚使用してください。

以上