第１号様式（第４条関係）

年　　月　　日

調布市長　あて

住　　所

法人名

代表者名

指定地域密着型（介護予防）サービス事業所指定同意事前協議書

下記のとおり調布市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の市町村の指定同意に係る手続等に関する事務取扱要領第４条第１号の規定により協議します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">事業開始予定年月日</td><td></td><td>事業所所在
市町村番号</td><td>※申請者は記入しないでください</td></tr>
<tr><td rowspan="5">同意を得ようとする事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>介護保険事業所番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所等の所在地</td><td colspan="3">（〒　　－　　）

担当者　　☎　　（　　）</td></tr>
<tr><td>サービスの種類</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">指定を受けようとする
市町村名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者（被保険者）
氏名・住所・被保険者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">調布市以外の市町村の
指定を受ける理由</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（注意）
「調布市以外の市町村の指定を受ける理由」欄に，調布市以外の被保険者が利用する必要性が分かるよう，具体的に記載してください。