田村市住民主体型サービス事業計画書（　　年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 | |  | |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　日　事業開始 | |
| 団体所在地 | |  | |
| 代表者 | | 氏名  電話番号 | |
| 利用調整役 | | 氏名  電話番号 | |
| 従事者数 | |  | |
| 加入（予定）保険 | | 会社名  保険の種類 | |
| 提供するサービス | □訪問型サービスＢ | 実施内容 |  |
| 実施区域 |  |
| 実施日 | □毎週（　　　　　　　曜日）  □その他 |
| 実施時間 | 時　　　分　～　　　　時　　　分  　（特記事項：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施計画 | 第1期（4～9月）：　　　　　 回  第2期（10～3月）：　　　　　回 |
| □通所型サービスＢ | 実施内容 |  |
| 会場名 |  |
| 会場所在地 |  |
| 実施日 | □毎週　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施時間 | 時　　　分　～　　　　時　　　分  　（特記事項：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 費用徴収額 | 1回あたり　　　　　　　　　　　円 |

上記の内容について、田村市介護予防・日常生活支援総合事業住民主体型サービス補助金要綱第9条の規定に基づき公表するとともに、関係機関に情報提供することに同意します。