

福岡市介護保険事業者協議会 入会申込書

令和 年 月 日

福岡市介護保険事業者協議会 会長 行
(事務局 ふくおか福祉サービス協会)

協議会の設立趣旨に賛同し、入会を希望いたします。

法人名	(ふりがな)
所在地	〒 電 話 : FAX :
代表者	(ふりがな) 氏 名 : 役 職 名 :
連絡担当者	(ふりがな) 氏 名 : (役職・肩書き :) 部 署 : 送付先住所 : 〒 直通電話 : F A X : e-mail :

今後のご案内等の送付先となります。事務局からの連絡にご対応いただける方をご記入ください。

運営されている事業所をお書きください。

事業所名	サービスの事業内容

※サービス種別（該当する番号を上記「サービスの事業内容」欄にご記入ください）

1. 居宅介護支援
2. 訪問介護
3. (介護予防)訪問入浴介護
4. (介護予防)訪問看護
5. (介護予防)訪問リハビリテーション
6. (介護予防)居宅療養管理指導
7. 夜間対応型訪問介護
8. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
9. 通所介護
10. 地域密着型通所介護
11. (介護予防)通所リハビリテーション
12. (介護予防)認知症対応型通所介護
13. (介護予防)小規模多機能型居宅介護
14. 看護小規模多機能型居宅介護
15. (介護予防)短期入所生活介護
16. (介護予防)短期入所療養介護
17. 介護老人福祉施設
18. 介護老人保健施設
19. 介護医療院
20. (介護予防)特定施設入居者生活介護
21. (介護予防)認知症対応型共同生活介護
22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
23. 地域密着型特定施設入居者生活介護
24. (介護予防)福祉用具貸与
25. (介護予防)特定福祉用具販売
26. 介護予防型訪問サービス
27. 生活支援型訪問サービス
28. 介護予防型通所サービス
29. 生活支援型通所サービス
30. 介護保険外サービス

<通信備考欄>