（法人名：　　　　　　　　　　　）

**法人が市内で提供している介護サービス等の概要**

（令和６年１０月１日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定居宅介護  支援事業所  （※１） | ① | 事業所名：  所在地：  指定年月日：平成　　年　　月　　日 | | |
| ② | 事業所名：  所在地：  指定年月日：平成　　年　　月　　日 | | |
| ③ | 事業所名：  所在地：  指定年月日：平成　　年　　月　　日 | | |
| 居宅サービス事業及び介護予防  サービス事業の  実施状況  （※２） |  | 種類  (※３) | サービス開始年月日 | 市内利用者数  (※４) |
| ① |  |  |  |
| ② |  |  |  |
| ③ |  |  |  |
| ④ |  |  |  |
| ⑤ |  |  |  |
| ⑥ |  |  |  |
| ⑦ |  |  |  |
| ⑧ |  |  |  |
| ⑨ |  |  |  |

※１　指定居宅介護支援事業所の事業所ごとに記載してください。

※２　枠が不足する場合は、「様式４－１」を使用してください。

※３　介護保険法第８条各項及び第８条の２各項で規定された事業を記載してください。

※４　令和６年８月提供分として介護報酬請求した件数を記載してください。