**地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護）**

**事業者公募申込書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）東金市長

法人所在地

法人名

代表者職氏名

電話番号

地域密着型サービス事業者公募要項（認知症対応型共同生活介護）の趣旨を了承の上、関係書類を添えて応募いたします。

記

１　応募の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所・施設の名称 |  |
| 事業所・施設の予定地 | 東金市 |
| 事業開始予定時期 | 令和　　年　　月 |
| 整備に係る補助金受領の希望 | □希望する　　　　□希望しない |
| 提出書類 | 別紙「添付書類等一覧」のとおり |

２　提出部数 ９部（正本１部　副本８部）

３　連絡先等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | (ふりがな) |  | 所属 |  |
| 氏名 |  | 役職 |  |
| 連絡先 | 住所 |  | | |
| 電話 |  | | |
| ＦＡＸ |  | | |
| E-Mail |  | | |