

加東市地域密着型サービス事業予定者応募申込書

令和 年 月 日

加 東 市 長 様

(応募事業者)

主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) (電話番号 ー ー)
商号又は名称	
代表者職氏名	

第9期加東市介護保険事業計画に係る地域密着型サービス事業予定者の公募について、様式2のとおり関係書類を添えて提出します。

今回の公募に関して、加東市が、応募事業者及びその代表者についての国税及び地方税の納付状況、介護保険法に基づく処分の有無等に関係官公署に照会することに同意します。

また、選定結果を市ホームページへの掲載等により公表されることに同意します。

応募する地域密着型サービスの種類	認知症対応型共同生活介護
------------------	--------------

(応募書類に関する連絡先)

担 当 者 名	
所 属 ・ 役 職	
郵便物送付先	(郵便番号 ー)
電話番号	
F A X 番 号	
E - m a i l	

※担当者は、応募事業者の担当者に限ります。