**自立支援型サービス成果報告書**

　　年　　月　　日

（宛先）紀の川市長

自立支援型サービスの提供によって、下記のとおり改善された利用者がいますので、報告します。添付書類については、別紙のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | サービス種別 | 人数 |
|  | 介護予防通所介護相当サービス | 名 |
|  | 通所型サービスＡ | 名 |

添付書類

・直近１カ月の情報共有シートのコピー

　 ・更新後の介護保険者証のコピー

**報告事業所**　　住　　　所：

名　　　称：

代表者氏名：

電 話 番 号：

**振込先**　　金融機関名：

支　店　名：　　　　　支店

預 金 種 別：普通・当座

口 座 番 号：

（フリガナ）

口 座 名 義：