**自立支援型サービス提供報告書**

　　年　　月　　日

（宛先）紀の川市長

自立支援型サービスについて、令和　　年　　月提供分を下記のとおり報告します。

内訳については、別紙のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | サービス種別 | 人数 |
|  | 通所型サービスＡ | 名 |

※要支援２：　　　　名、要支援１：　　　名、事業対象者　　　　名

**報告事業所**　　住　　　所：

名　　　称：

代表者氏名：

電話番号：