**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　　月提供分を上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 |
|  | 介護予防通所介護相当サービス | 名 |
|  | 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：

**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：