平成　　年　　月　　日

弘前市長　様

法人住所

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

弘前市介護予防・日常生活支援総合事業

意向確認書

事業所名

弘前市介護予防・日常生活支援総合事業における

生活支援サービス（訪問型サービスＡ）について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 生活支援サービスⅠ及びⅡを実施します。 |
|  | 生活支援サービスⅠのみ実施します。 |
|  | 実施を辞退します。 |

　　・生活支援サービスⅠ…利用時間が45分～60分／回

　　・生活支援サービスⅡ…利用時間が20分以内／回

* 生活支援サービスを実施する場合の事業所指定期間は、平成31年4月1日から現行サービスの指定有効期間の満了日までとする。