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

生きがい型デイサービス（通所型サービスＡ）について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 実施します。（入浴料　　　　　　円／回） |
|  | 実施を辞退します。 |

* 生きがい型デイ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。