事業計画書（訪問型サービスD）

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 団体の活動目的 |  |
| 事業開始日時 | 年　　　月　　　日から |
| 連絡責任者* 利用者へのサービスの提供について、市や地域包括支援センター等の関連機関との連絡調整を行う者
 | 住所（〒　　　　－　　　　　　　　） |
| 氏　名 |
| 電　話　　　　　　　　　　　　　Fax |
| 従事者数 | 　　　　　　名 |
| サービス内容 | 移動サービス種別※該当するものに〇 | 1. 通院等の付添い支援
 |
| 1. 一般介護予防事業等への送迎
 |
| 利用者の範囲※該当するものに〇 | （１） 市全域　　　　　　　　　　　　　　　　　　※加算対象　 |
| （２） （　　　　　　 　　）町・地区 |
| 1. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 活動曜日 |  |
| 活動時間 | 　　　　　時　　　　分から　　　　　時　　　　　分 |
| 活動地域 |  |
| 移動手段などの事業形態 |  |
| 利用料（利用者負担額）※無償もしくは実費相当であること |  |
| 利用予定者数 | 　　　　　名（うち　要支援者　　　名　事業対象者　　　名） |