別紙１

地域密着型サービス事業者事前申込連絡票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）焼津市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　このことについて、募集要項に定める資格要件において、応募者の制限にかかる項目がないことを確約し、事前に申し込みします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類 | |  |
| 事業所の予定地 | |  |
| 担当者連絡先 | 氏　名 |  |
| 所属名及び  所属の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| Emailアドレス |  |

※令和７年６月９日（月）から７月４日（金）までに電子メールで提出してください。

※質問は、本申込提出後から令和７年６月30日（月）午後５時まで電子メールのみ受け付けします。

※メール送信の件名は、「地域密着型サービス事業者事前申込連絡票」としてください。

【提出先】

静岡県焼津市健康福祉部介護保険課保険給付担当

Ｅメールkaigo@city.yaizu.lg.jp