

様式 10

サービス B 利用開始証明書

地域包括支援センター記載欄

当地域包括支援センターがケアマネジメント C を行う対象者

_____ 様について、 _____ 年 _____ 月から、貴団体が実施するサービス B の利用をさせていただきますようお願いいたします。

なお、対象者への説明及び同意取得は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日に済んでいます。

包括名：

住 所：

電 話：

担当者：

サービス B 団体担当者記載欄

上記の件について、当書面をもって利用の申込を受け付けました。

_____ 様におかれましては、 _____ 年 _____ 月 _____ 日から、サービスの利用が開始されます。

団体名：

住 所：

電 話：

担当者：

※記入後、上記地域包括支援センターに提出してください。

地域包括支援センターは、写しを市に提出してください。