

年 月 日

事業所情報提供書

川 西 市 長 あて

【応募者】所在地：
法人等名称：
代表者氏名：

川西市産前・産後ヘルパー派遣事業に係る業務委託事業所について、次のとおり情報提供します。

事業所名		
事業所所在地	〒	
事業所連絡先	電話番号	
	FAX番号	
事業所区分 ※該当するものに○をつけてください。		介護保険法の規定に基づく訪問介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている者
		障害者総合支援法の規定に基づく居宅介護に係る指定障害福祉サービス事業者の指定を受けている者
		本事業と類似のサービス提供の実績があり、サービス利用者の居宅等において家事又は育児サービスの提供が可能である者
派遣可能地域	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全市域 <input type="checkbox"/> 一部の地区のみ()	
派遣可能曜日	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全曜日 <input type="checkbox"/> 一部の曜日のみ(□月曜 □火曜 □水曜 □木曜 □金曜 □土曜 □日曜 □その他())	
利用料金	1回2時間あたり () 円 交通費別途請求 (有 ・ 無)	

※事業所が複数ある場合は、この用紙を複数枚使用してください。

以上