

港北区 高齢・障害支援課 介護保険担当 行き

港北区ケアプラン新規受付状況 連絡票

FAX 045-540-2396

Email ko-kaigonintei@city.yokohama.lg.jp

(件名を「【送付】港北区ケアプラン新規受付状況連絡票」としてください。)

記入年月日《必須》	年 月 日											
事業所名・所属・担当者※《必須》 ※区から問い合わせた時にご対応いただける 方のお名前をお知らせください。	事業所名 所属 担当者											
電話番号《必須》	— —											
事業所番号《必須》	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
ケアプラン新規受付状況《必須》 【 】内に○・△・×のいずれかを記 入してください。	○：受付可能 △：応相談 ×：受付不可 【 】											
住所 《変更なければ記載不要》												
備考												

受付〆切 奇数月 20 日まで （ 翌偶数月 1 日現在 で記載されます）

変更が無い場合には提出の必要はございません。