

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.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 border="1"><tr><td> </td><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。