

### 手数料振込証明書提出票

平成 年 月 日

広島県介護サービス情報公表センター 様

当事業所が提供している介護サービスに関する情報について、次のとおり手数料振込証明書を提出します。

調査票様式 グループ ( <input checked="" type="checkbox"/> してください)	訪問介護グループ (01) 訪問入浴介護グループ (02) 訪問看護グループ (03) 訪問リハビリテーショングループ (04) 通所介護グループ (05) 通所リハビリテーショングループ (06) 特定施設入居者生活介護 (有料) グループ (07) 特定施設入居者生活介護 (軽費) グループ (08) 特定施設入居者生活介護 (適合高齢者専用賃貸住宅) グループ (09) 福祉用具貸与グループ (10) 小規模多機能型居宅介護グループ (11) 認知症対応型共同生活介護グループ (12) 居宅介護支援グループ (13) 介護老人福祉施設グループ (14) 介護老人保健施設グループ (15) 介護療養型医療施設グループ (16)		
	主たるサービスの事業所名称		
事業所の管理者名		印	
介護サービス情報の公表担当者名			
電話番号			FAX番号
手数料振込受付証明書 添付欄			
<div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ここに振込受付証明書を 貼り付けてください</div>			
報告期日 月 日	本票は、調査票とともに報告期日までに広島県介護サービス情報公表センターへ送付してください。		