**ＦＡＸ**

**045-212-0016 介護労働安定センター神奈川支部 行**

# （メールでお申し込みの方は、下記申込書の必要項目を箇条書きで記入し、

メールアドレス：[kaigokanagawa@kaigo-center.or.jp](mailto:kaigokanagawa@kaigo-center.or.jp)へお送りください。）

横浜市委託事業「令和7年度 横浜市**特定事業所加算**取得促進支援事業」

# （受託実施：公益財団法人 介護労働安定センター 神奈川支部）

**個別相談（無料）申込書** 申込日 ： 令和 年 月 日

**浜・高**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | |
| 現在の加算区分 | * 下記の中から該当するもの、いずれか１つに○をつけてください。   加算（Ⅰ） ・ 加算（Ⅱ） ・ 加算（Ⅲ） ・ 加算（Ⅳ） ・ 未取得 | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 － | | | | | | | |
| TEL |  | | | FAX | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | 役職 | |  | | |
| 支援をご希望の内容 | * 該当するものに○をご記入下さい。 （複数選択可）  1. 訪問介護の特定事業所加算の制度概要について 2. 算定要件（体制要件、人材要件、重度者対応要件）について 3. 各算定要件への取り組み方について 4. 算定のための手続について   ５. その他 （相談内容について具体的にご記入下さい。 | | | | | | | |
|  | 第1希望 | 月 | 日 （ | ： | ～ | | ： | ） |
| 希望 相談日程 | 第2希望第3希望 | 月月 | 日 （  日 （ | ：  ： | ～  ～ | | ：  ： | ）  ） |
| 希望 | オンライン ・ 電話※ ・ 訪問 （ 相談者の事業所 ・ 神奈川支部 ）  （※電話相談は、事前予約と日時指定が必要です） | | | | | | | |
| 相談方法 |

※「個別相談申込書」に記載された内容については、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、当センター職員に よる日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。