（参考様式２９）

関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者又は事業所名 |  |
| 申請するサービスの種類 |  |

|  |
| --- |
| 連携の内容 |
| １　関係市町村との連携  ２　他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携  ３　その他 |

※項目は、記入参考例です。事業所の特色や地域の実情に応じて、具体的に記載してください。