（**参考様式８**）

**関係市町村並びに他の医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **申請するサービスの種類** |  |

|  |
| --- |
| **措　置　の　概　要** |
| **１ 関係市町村との連携****２ 他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容****３ その他参考事項** |