他市町村地域密着型サービス利用に係る理由書

　　　　　　　　提出日　　　　年　　月　　日

かつらぎ町長　様

　他市町村の地域密着型サービス事業所の利用を希望します。また、当該他市町村に本理由書をかつらぎ町が提供することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 事業所名 | （担当者　　　　　） | 利用希望者との関係 |
| □地域包括支援センター□居宅介護支援事業者□その他（　　　 　　） |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 　　－　　　　－　　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 | TEL　　　　　－　　　　－　　　　 |
| 生年月日 | 　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 要介護度 |  | 認定有効期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 利用希望事業所 | 事業所名 |  |
| 所在地 | TEL　　　　　－　　　　－　　　　 |
| 事業所番号 |  | サービス種類 |  |
| 利用希望開始年月日 |  | 受入内諾状況 |  |
| 希望理由 | 利用者の状況及び当該事業所を希望する理由また、かつらぎ町内で介護サービスの利用ができない理由 |