**市外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書**

加西市長　様　　　　　　以下のとおり申し立てます。　　　　　　　　　申立日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **①** | 申立者 | | 住所　（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | | 住所　（〒　　　－　　　　）  　加西市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 性別  　男　・　女 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等 | | | | |
| 2 | 2 | | 0 | 0 | | | 0 | |  | |  |  | |  |  | |
| 利用希望サービス | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況や、市外事業所を希望する理由等  （身体的・精神的状況・家族の状況などできるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **②** | 利用希望事業所 | 所在地　（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用予定事業所名 | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  |  |  |
| 連絡先　Tel  Fax | | | | 受入承諾の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望サービス等 | ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方  （ケアプランの考え方などを、できるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所及び氏名 | | | | | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無　　（　　有　　・　　無　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

私は、市外事業所を利用するにあたり、当該事業所の所在する市区町村が本申立書に記載された事項を求めた場合、加西市が提供することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人による署名、又は記名押印）

※市外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立内容の詳細を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス利用開始予定日 | 年　　月　　日 |
| 症状等 |  |
| 居住地の地域密着型サービスが利用できない理由 |  |
| 当該事業所を希望する理由 |  |
| 親族等その他の事情 |  |
| 居宅介護支援事業所名  担当介護支援専門員名  連絡先　　　　電話  　　　　　　　　FAX |  |
|  |
|  |
|  |