利用届

　年　月　日

加　西　市　長　　様

所在地

申請者（法人）

名　称　　　　　　　　　　　　　印

地域密着型サービス事業所等の利用について

　以下の内容で、地域密着型サービス（または、介護予防地域密着型サービス）事業所を利用することを届け出ます。

１．地域密着サービス（または、介護予防地域密着型サービス）を利用する事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 事業種別 |  |
| 事業者番号 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 備考 |  |

２．利用者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  | | |
| 生年月日 |  | 介護度等 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 被保険者番号 |  | | |
| 利用開始年月日 |  | | |

* 事業所の指定が必要な場合は指定申請が必要です。
* 既に事業所の指定を受けている場合は、指定通知の写しを添付してください。