他市町所在地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　菊川市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申立者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係（　ケアマネ　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　次のとおり、申し立てます。

１　利用者に関する情報

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　　 |
| 氏名 | 　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 介護保険被保険者番号 | 　　 |
| 保険者 | 　　菊川市 |

２　利用を希望する事業所に関する情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 　　 |
| 事業所名 | 　　 |
| サービス種別 | 　　 |

３　当該事業所を希望する理由（利用者の経緯、状況等をまとめ、他の事業所ではなく当該事業所を利用することが利用者の自立支援に資する理由を記載すること）

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　 |