（参考様式２）

年　　月　　日

筑西市長　様

（保健福祉部介護保険課扱い）

申請者

（被保険者）住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

（事業者）住　所

名　称

職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

他市町村指定地域密着型サービス事業所の利用申出書

他市町村に所在する地域密着型サービス事業所を利用したいので、下記のとおり申出をします。

つきましては、事業所所在地の市町村とサービス利用に係る指定等の協議をお願いします。

なお、地域密着型サービスの趣旨等に鑑み、協議の結果につきましては、異議申し立てはしません。

記

他市町村の地域密着型サービスを利用したい筑西市の被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定状況 | 要介護状態区 | | | 要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 居宅支援事業所 |  | | | | | | | | | | | | | | |

利用したい他市町村の地域密着型サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 他市町村名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の住所 |  |
| 利用サービスの種別 |  |

他市町村の地域密着型サービス事業所を利用しなければならない相当の事情

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 記入者 | （ 職 ） |
| （氏名） |

他市町村の地域密着型サービス事業所における利用に係る意見

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望者からの申出年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 事業所の意見等 | 【利用希望の内容】  【受け入れ等に対する状況】 |
| 事業所の担当者 | （ 職 ） |
| （氏名） |