地域密着型サービス事業所区域外利用に係る理由書

年　　月　　日

　（あて先）相生市長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者住所(所在地)　 |  |
| 事業者名  | ㊞ |
| 担当介護支援専門員名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |

記

１　利用希望者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別 | 男　　・　　女 |
|  |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 被保険者番号 |  |
| 要支援・要介護度(利用予定時点) | 要支援・要介護度 |  |
| 認定有効期間 | 年 　　月 　　日～　　 　年　　 月　　 日 |

２　利用を希望する事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者（法人） | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 事業の種類 |  | サービス利用開始予定日 |  |

３　利用に係る説明

|  |  |
| --- | --- |
| 相生市の地域密着型サービスを利用できない理由 |  |
| 他のサービス等の検討及び区域外地域密着型サービス利用の必要性 |  |