

町外地域密着型サービス利用申立書

(申立先) 三戸町長 以下のとおり申し立てます。 申立日 ○年○月○日

申立者	住所 (〒×××-○○○○) 三戸町大字○○字△△番地		
	氏名 三戸 太郎	電話番号 ○○○○-××-○×○×	
利用希望者	住所 三戸町大字○○字○○番地		
	ふりがな さんのへ はなこ	介護保険被保険者番号	
	氏名 三戸 花子	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
生年月日 昭和○年○月○日	電話番号 ○○○○-××-○○○○	要介護状態区分 (○を付ける。) 要支援1・2 要介護1・②・3・4・5	
町外の地域密着型サービス事業所を利用する理由 (該当理由に○を付け、必要事項を記入すること。)			
<input checked="" type="radio"/> ア 町内に所在する指定地域密着型事業所の定員に空きがない ・確認した事業所名 (○○事業所、××事業所)			
<input type="radio"/> イ 該当サービスを提供する事業所が市内にない ・上記サービスが必要な理由 (
<input type="radio"/> ウ 災害や虐待の恐れ等のやむを得ない理由がある ・やむを得ない理由 (
<input type="radio"/> エ その他、上記の事由と同程度の困難性又は特別性がある ・困難性又は特別性がある理由 (
利用希望事業所	サービス利用開始希望日	○年 ○月 ○日	
	サービス種別	地域密着型通所介護	
	事業所名	×○デイサービス	
	事業所所在地	○○町大字××字○○番地	
	電話番号	○○○○-△△-○○××	事業所番号 0000000000
	受入承諾の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	
担当ケアマネジャーの事業所名、氏名及び電話番号		Tel.0000-××-○○△△	
事業所名 ×××居宅介護支援事業所		担当 ○○ ○○	
利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	

記入欄が足りない場合は、別紙に記入し、添付してください。