認知症対応型通所介護事業所利用協議書

　　年　　月　　日

新宮市長　あて

○○市町村

市町村長　○○　○○

利用希望者

氏名

住所

電話番号　　　　－　　　－　　　　　　　　利用開始希望日

生年月日　　　　年　　　月　　　日　　　　要介護度　　　要介護

入所後、施設所在地への住所変更（転入）の予定　　　　有　　　・　　　無

利用を必要とする理由

|  |
| --- |
|  |

管内の状況

|  |
| --- |
|  |

上記の者について、貴管内の○○○○（施設名）を利用することにつきまして、同意を求めます。

|  |
| --- |
| 保険者住所：〒担当課・係：担当者氏名：連　絡　先： |