

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

〇〇市町村
市町村長 〇〇 〇〇

利用希望者

氏名 _____

住所 _____

電話番号 ー ー _____ 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、貴管内の〇〇〇〇（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：