

# 小規模多機能型居宅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 \_\_\_\_\_

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：