

地域密着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 _____

利用を必要とする理由

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：