

市外地域密着型サービス事業所の利用にかかる申立書

新宮市長 あて

申立日： 年 月 日

下記のとおり他市町村の地域密着型サービスを利用したいので、申し立てます。

申立者	住 所	〒		
	(ふりがな) 氏 名		利用者との 続柄	
	電話番号	— —		
利用者	住 所	〒		
	(ふりがな) 氏 名		被保険者番号	
	電話番号	— —		
	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
利用希望 事業所	名称			
	所在地	〒		
	利用に対する内諾の有無	有 ・ 無		
	利用開始希望日	年 月 日から		
他市町村の地域密着型サービスを利用せざるを得ない理由 (可能な限り具体的に記載してください)				
利用希望事業所の所在する市町村への事前相談			済 ・ 未	
担当ケアマネジャー の事業所及び氏名等	事業所			連絡先 (電話番号)
	氏 名			

(留意事項)

- ・ 申し立て前に必ず利用希望事業所から利用に関しての内諾を頂いておいてください。
- ・ 申し立て前に必ず利用希望事業所から事業所所在市町村へ事前相談を行ってください。
- ・ 地域密着型サービス事業所は住所地特例対象外施設となっています。そのため、利用にあたり市外への住所変更を考えている場合は、必ず申し立て前に、本市へ相談してください。