**市外地域密着型サ－ビス事業所の利用に係る申出書**

（申出日）　　　　年　　　月　　　日

彦根市長　　　様

以下の内容で、他市町村等の地域密着型サービス（介護予防地域密着型サービス）事業所の利用について申し出ます。

1 申出者（利用希望者）の情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 彦根市 | | 被保険者番号 | | |  | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　-  彦根市 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 電話番号 | | |  | | |
| 利用開始希望日 | 年　　月　　日 | | | 要介護状態区分 | | | |  | |
| 利用する理由 | （別添資料の添付でも可）  ※当該事業所を利用しなければならない理由（必要性）および利用者の状況、当該サービスの利用の考え方について具体的に記入してください。また、ケアマネジャー等が作成した利用者のアセスメント、サービス担当者会議の概要、ケアプラン等を添付してください。 | | | | | | | | |
| 記入者 | 法人名等 |  | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | 申出者との関係 | | | |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | |

2 地域密着型サービス（介護予防地域密着型サービス）を利用する事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | | |
| 事業所名称 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| 所在地 | 〒　　　- | | |
| 電話番号 |  | 受入承諾の有無 | 有　　・　　無 |
| 備　考 |  | | |

私は市外事業所を利用するにあたり、当該事業所の所在する市町村等に本申出書に記載された事項を彦根市が提供することに同意します。

申出者署名欄

代筆者　　　　　　　　　　　　　　（申出者との関係　　　　　）