**介護保険地域密着型サ－ビス　他市町村被保険者　利用連絡票**

（元号）　　年　　　月　　　日

彦根市長　　　様

地域密着型サ－ビスの利用［　開始　・　終了　］について、下記のとおり連絡します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 保険者名 |  | 被保険者番号 |  |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　- |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 性別 |  |
| 利用期間 | 　　年　　　月　　　日 | ～ | 年　　　月　　　日 |
| 利用する理由 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 事業者番号 |  |
| 事業者名 |  |
| サービス種別 |  |
| 連絡先 | 〒　　　　-　　　　住　所：滋賀県彦根市担当者：TEL：（　　　　）　　　－FAX：（　　　　）　　　－ |

備考　1　利用開始の場合、利用期間の終了日は空欄にしてください。

　2　「利用する理由」は、他市町村の利用者が本市地域密着型サ－ビスを利用する理由について具体的に記入してください。

　3　利用開始10日前までに提出してください。

（利用終了時は、速やかに提出してください。）