

別紙2(第3条関係)

町外地域密着型サービス事業所利用申立書

益子町長 様

年 月 日

以下のとおり申し立ていたします。

I	申立者	住所	〒													
		氏名											印	連絡先		
	利用者	住所	〒													
		氏名											連絡先			
		生年月日	年	月	日	性別	男・女		要介護 状態区分	要支援 1 2						
被保険者番号																要介護 1 2 3 4 5
要介護認定有効期間	年 月 日			～	年 月 日											
利用希望サービス																
他市町村の地域密着型サービスを利用する必要性 (できるだけ具体的に記載してください。)																
II	利用希望事業所	事業所番号											受入承諾の有無	有・無		
		名称											連絡先			
		所在地	〒													
	ケアマネジャーによる当該サービス利用に係る意見 (ケアプランの考え方などを、できるだけ具体的に記載してください。)															
	ケアマネジャーの	事業所名											連絡先			
	氏名															
利用希望事業所の所在する市町村の内諾の有無											有・無					