

地域密着型サービス 他市被保険者の受け入れ希望申請書

年 月 日

みどり市長 あて

理由書提出者（利用者 家族 計画作成担当者 事業所）

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印

電話 _____

利用希望者	住 所	
	氏 名	(生年月日 _____)
	被 保 険 者 番 号	
	要 介 護 度	
	担当居宅支援事業所	(計画作成担当者名 _____)

利用希望事業所	サービスの種類						
	事業所住所						
	事業所名						
	所在地市長村名						
	※ 事業所記入欄	登録定員	登録者利用者	左の内訳		待機者数	当該市の事業所指定
利用状況(単位:人)			市内	市外		有	無
	(年 月 日現在)						

利用を希望する理由	
-----------	--

<p>※ 事業所記入欄</p> <p>上記内容については、当事業所において確認している内容と相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所住所 _____</p> <p>事業所名 _____</p> <p>事業所代表者名 _____ 印</p>

作成方法

1. この理由書は、他市の被保険者が、事業所所在市の地域密着型サービス等事業所を利用するに際して、双方の保険者の同意が必要となることから、両市へ提出していただくものです。
(最初に、事業所所在市の担当課へご提出をお願いします。)
2. 理由提出者は、本人、家族、計画作成担当者、事業所のいずれかとなります。該当する箇所に○をつけてください。
3. 利用状況欄は、利用予定の事業所が記入してください。
4. 「利用を希望する理由」欄は、市外事業所を必要とする理由を詳しく記入してください。