　　　年　　月　　日

（宛先）　  
所沢市長

住所

申立者　氏名

（利用希望者との関係　　　　　）

所沢市の地域密着型サービス等の利用に係る申立書

　所沢市地域密着型サービス等の利用に当たり、所沢市の同意手続きについて、次のとおり申立てます。また、利用希望者の保険者市区町村が本申立書に記載された事項を求めた場合、所沢市が情報提供することに同意します。

記

１　利用希望者（所沢市以外の介護保険被保険者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | ふりがな |  | 被保険者番号 |
| 氏　　名 |  |  |
| 住　　所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 要介護度 |  | |
| 認定有効期間 |  | |

２　利用を希望する事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者（法人） | 名称 | |  | |
| 所在地 | |  | |
| 事業所 | 名称 | |  | |
| 所在地 | |  | |
| 電話番号 | |  | |
| 介護保険事業所番号 | |  | |
| サービス種別 |  | | | |
| 利用開始希望 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 事業所利用者 |  | 人（所沢市外の利用者数又は契約人数） | |  |
|  | 人（事業所の定員又は契約人数） | |  |

３　所沢市のサービス利用を希望する理由（ケアマネジャーが記入して下さい）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター） | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | 担当者 |  |
| 所沢市のサービス利用を希望する理由 | （ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方）  (1)現在の被保険者の状況及びサービスの利用状況  (2)他のサービスとの検討状況及び地域密着型サービスの利用  の必要性  (3)被保険者の住所地に所在する地域密着型サービス事業所を  利用できない理由  (4)所沢市地域密着型サービス事業所を利用する理由 | | | |

※申立は本人、親族、後見人等が行います。

※事業所利用者欄の「事業所の定員又は契約人数」については、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護にあっては登録定員数、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護にあっては契約者数、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設は定員数を記載して下さい。