年　　月　　日

（宛先）
所沢市長

住所

　氏名

（利用候補者との関係　　　　　）

他市区町村から転入した者による

所沢市の地域密着型サービス等の利用について（理由書）

１　利用候補者（他市区町村から転入する介護保険被保険者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用候補者 | ふりがな |  | 被保険者番号 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 住　　所（転入後） |  |
| 転入日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所（転入前） |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 要介護度 |  |
| 認定有効期間 |  |
| 所沢市に居住する親族 | ふりがな |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　（続柄） |
| 住　　所 |  |

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 |  |
| 担当者 |  |
| サービス種別 |  |
| 利用開始希望 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

３　サービスの利用緊急度が高い理由（サービス事業者（※）が記入して下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス事業者 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  | 担当者 |  |
| 該当する状況に☑ | * 所沢市に３親等以内の親族が居住しており、当該親族から継続的な支援が見込まれる
* その者を介護する３親等以内の親族とともに所沢市に転入し、当該親族から継続的な支援が見込まれる
 |
| 転入後３か月の経過を待たずに利用する理由（転入前状況を含む） |  |

※申立は本人、親族、後見人等が行います。

※項番３は、利用候補者の状況を踏まえ、客観的に理由を記入できる方（転入前居住地の担当居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等を含む）がご記入ください。