

朝霞市長 宛

市外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書

このことについて、下記のとおり申し立てします。

I	申立者	〒 ー 住所			
		氏名	連絡先 TEL		
	利用者	〒 ー 住所			
		氏名	連絡先 TEL		
		生年月日	年 月 日	年齢	歳
		介護保険被保険者番号			
		要介護度	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	認定有効期限	年 月 日～		年 月 日	
	利用希望サービス (希望するサービスに□してください)	<input type="checkbox"/> (1) 夜間訪問型訪問介護 <input type="checkbox"/> (2) (介護予防) 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (3) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> (4) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> (5) 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (6) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> (7) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> (8) 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> (9) 地域密着型通所介護			
	□事業所選定理由		別紙のとおり		
□利用者の状況		別紙のとおり			
II	利用希望事業所	事業者名	介護保険事業者番号		
		〒 ー 所在地	連絡先 TEL		
	利用希望事業所の受入について承諾を確認しました。			年 月 日	
	担当者	□ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方		別紙のとおり	
		居宅介護支援事業所名			
担当ケアマネジャー		連絡先TEL			
利用希望事業所の所在する市区町村の受入れ方針を確認しました。					
年 月 日					

※私は、市外事業所を利用するにあたり、当該事業所の所在する市区町村に本申立書に記載された事項を、朝霞市が提供することに同意します。

当該被保険者

(本人による書名、又は記名押印)

別紙

<p>1 施設選定理由</p>	
<p>2 利用者の状況 (出来るだけ具体的に記入してください。)</p>	<p><input type="checkbox"/>ア 朝霞市内に利用を希望する同一サービス種別の指定地域密着型（介護予防）サービス事業所が市内にない場合、又は定員に空きがない場合</p> <p><input type="checkbox"/>イ 他区市町村に在住する親族宅等に一時滞在する場合などで、他区市町村の事業所を利用する必要がある場合</p> <p><input type="checkbox"/>ウ 虐待等のやむを得ない理由がある場合</p> <p><input type="checkbox"/>エ そのほか、他区市町村に所在する地域密着型サービスを利用する必要がある場合（枠内に理由を記載してください。)</p> <div data-bbox="539 1397 1334 1576" style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>3 ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方 (ケアプランの考え方などを、出来るだけ具体的に記入してください。)</p>	