

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性がある場合（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>	