令和　　年　　月　　日

西　桂　町　長　様

西桂町外に所在する地域密着型サービス事業所の利用申出書

次のとおり、他市町村に所在する地域密着型サービス事業所の利用を申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者 | 住所　 |
| 　　　　 |
| 氏名　　 | 被保険者番号 |  |
| 　　　　　 | 要介護状態区分 |  |
| 生年月日 |  |
| 利用希望事業所 | 所在地　 |
| 　　　　 |
| 名称 |
| 　　　　 |
| 事業所番号 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| 利用希望サービス |  |
| （利用者の状況や、市外事業所を希望する理由、住民票の移動が困難な理由等を具体的に記入して下さい。）　　利用者の状況　　　　　　 　　町外事業所を希望する理由　　　　  |
| 担当ケアマネジャー | 事 業 所 |  |
| 住　 　所 |  |
| 氏　 　名 |  |
| 電 話 番 号 |  |