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 | |  | | |