

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		
	F A X		
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		