

南房総市長 宛

(地域密着型サービス事業所)

所在地

事業所名

職・氏名

印

他市町村地域密着型サービス事業所指定（利用）協議依頼申請書

標記の件について、下記の理由により指定（利用）協議くださるようお願いいたします。

記

利用希望サービス

<input type="checkbox"/>	(介護予防) 認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護

同意を求める基準 (1) ~ (3) のいずれかに該当する必要があります。

<input type="checkbox"/>	(1) 当該事業所の所在地が隣接市町である場合で、市内に所在する指定地域密着型事業所の定員に空きがないこと。
<input type="checkbox"/>	(2) 当該事業所所在市町村にその者を介護する家族、親族等又は、後見人がいる場合。
<input type="checkbox"/>	(3) 虐待等の理由の場合。

1 被保険者

- (1) 住所 \_\_\_\_\_
- (2) 氏名及び性別 \_\_\_\_\_ (男性・女性)
- (3) 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
- (4) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳
- (5) 被保険者番号 \_\_\_\_\_

2 認定状況

- (1) 現在の介護度 要支援 1. 2 要介護 1. 2. 3. 4. 5
- (2) 有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

3 居宅介護支援事業者 \_\_\_\_\_

4 サービス利用の状況 \_\_\_\_\_

Blank box for additional information.

5 他市町村の地域密着型サービス利用の必要性について（具体的に記載してください）

Blank box for necessity of service utilization.