

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

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

	（介護予防）認知症対応型通所介護		地域密着型特定施設入居者生活介護
	（介護予防）小規模多機能型居宅介護		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	（介護予防）認知症対応型共同生活介護		定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	看護小規模多機能型居宅介護		夜間対応型訪問介護
	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。

	（1）当該事業所の所在地が隣接市町又は安房郡市内であり、住所地の指定地域密着型サービス事業所の定員に空きがない。
	（2）当該事業所の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。
	（3）虐待、疾病又は生活上等、他の市町村の地域密着型サービス事業所の利用についてやむを得ないと認められる理由がある。

1 被保険者

（1）住所 _____

（2）氏名及び性別 ふりがな _____（男・女）

（3）生年月日及び年齢 明治・大正・昭和 年 月 日 （ ） 歳

（4）被保険者番号 _____

①事業所契約者数 人
うち②他市町村利用者数 人
②／① %（小数点以下切捨）

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 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

3 居宅介護支援事業者 _____

4 他市町村の地域密着型サービス事業所の利用の必要性について
（現在利用しているサービスを含め、具体的に記載してください）