みよし広域連合管外に所在する地域密着型サービス事業所の利用申出書（事業所用）

令和　　年　　月　　日

みよし広域連合長　　様

所在地

申請者　法人名

代表者氏名

みよし広域連合の被保険者を受け入れたいので、次のとおり申し出ます。

１　サービス利用希望者に関する情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ | |  | 介護保険被保険者番号 |  |
| 氏　　名 | |  |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和  　　年　　月　　日 | 要介護  状態区分 |  |
| 住所 | 住民票上の住所 |  | | |
| 住民票と異なる場合の実際の住所 |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| 利用希望事業所の所在する市町村の内諾の有無 | | | 有　・　　無 | | |

２　申請者に関する情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用希望事業所 | サービス種別 |  |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 利用開始希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

３　受け入れを希望する理由（できるだけ具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

みよし広域連合管外に所在する地域密着型サービス事業所の利用申出書（本人用）

令和　　年　　月　　日

みよし広域連合長　　様

　　　　　住所

申請者

氏名

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。

１　サービス利用希望者に関する情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ | |  | 介護保険被保険者番号 |  |
| 氏　　名 | |  |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和  　　年　　月　　日 | 要介護  状態区分 |  |
| 住所 | 住民票上の住所 |  | | |
| 住民票と異なる場合の実際の住所 |  | | |
| 電話番号 | |  | | |

２　利用を希望する事業所等に関する情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用希望事業所 | サービス種別 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 利用開始希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ケアマネジャー | 事業所名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |

３　事業所の利用を希望する理由（できるだけ具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
|  |