（様式第１号）

地域密着型サービス利用についての情報提供書兼申立書

戸沢村長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申立日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 申立者 | | 住所（〒　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | | 住所（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 性別  男 ・ 女 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等 | | | | |
|  |  |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 利用希望サービス | | | ・（介護予防）認知症対応型通所介護　・（介護予防）認知症対応型共同生活介護  ・（介護予防）小規模多機能型居宅介護・（介護予防）通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始予 定 日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況や、住所地外の地域密着型サービス事業所を希望する理由等  （できるだけ具体的に記入してください。）  ・現在の状況  ・希望する理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 利用希望事業所 | | 所在地（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用予定事業所名 | | | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 連絡先 | | | | | | 受入承諾の有無  有　　　・　　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望サービス等 | ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方  （ケアプランの考え方などを、できるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所及び氏名 | | | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無　（　有　・　無　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり、申し立ていたします。また、個人情報については、保険者と事業所所在地市町村に提供することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人による署名、又は記名押印）