年　　月　　日

　三芳町長　宛て

町外指定地域密着型サービス等の利用に関する理由書

　次のとおり、他市町村の地域密着型サービス事業所の利用を希望します。また、当該他市町村に本理由書を三芳町が提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　立　者 | 住所 | 〒 | | |
| 事業所名・氏名 |  | | |
| 関係（続柄） |  | 連絡先 | 電話　　　（　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　希　望　者 | 住所 | 〒 | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 被保険者番号 |  | 要介護度 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望サービス | | |  | | |
| 利 用 希 望 事 業 所 | 所在地 | | 〒 | | |
| 名称 | |  | 事業所番　号 |  |
| 連絡先 | |  | | |
| 利用開始日(予定) | | 年　　月　　日 | | |
| 本人の状況及び利用希望の理由等 | | (1)　被保険者の概況及び現在のサービスの利用状況  (2)　他のサービスの検討状況及び地域密着型サービスの利用の必要性  (3)　三芳町に所在する地域密着型サービスを利用できない理由  (4)　他市町村に所在する地域密着型サービスを利用する理由  (5)　その他の事情等 | | | |