

(参考様式)

他市区町村地域密着型サービス利用に関する理由書

年 月 日

他市区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、当該他市区町村に本理由書を川越市が提供することに同意します。

| | | | | |
|-----|-------------|--------|---|--|
| 申立者 | 氏名 | | 利用希望者との関係 | |
| | 事業者・施設名等 | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 本人との続柄 () | |
| | 住所、又は事業所所在地 | | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 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 | | |
| | 連絡先 | 電話 () | |
| | 管理者名 | | |
| | 事業所番号 | | |
| | 受入の内諾状況等 | | |
| | 開始年月日※ | 年 月 日 | |

※開始年月日は新規利用の場合は利用希望開始年月日、継続利用の場合は当該事業所で利用を開始した日を記入してください。

市内の同種介護サービスを利用できない理由（ア～エのいずれかに○）

| | |
|---|-------------------------|
| ア | 市内に同種サービスが存在しない |
| イ | 市内の同種サービスにおいて定員の空きがない |
| ウ | 虐待からの避難 |
| エ | その他、ア～ウと同程度の困難性又は特別性がある |

川越市内で介護サービスの利用ができない理由の詳細（ウ、エの場合）

| |
|--|
| |
|--|

本人の心身の状況等を踏まえた当該事業所を希望する理由

| |
|--|
| |
|--|