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 |
| □本人□親族本人との続柄（　　）□地域包括支援センター□居宅介護支援事業者□その他（　　　　　） |
| 事業者・施設名等 |  |
| 住所、又は事業所所在地 |  |
| 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～エのいずれかに〇）

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

|  |
| --- |
|  |