様式第１号（第３条関係）

うるま市の指定地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書

うるま市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申立日　　　　　年　　月　　日

以下のとおり申し立てます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | 介護保険被保険者番号 | 要介護状態区分等 |
| 年　月　日生 | 男　・　女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用希望サービス | □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　 □(介護予防)認知症対応型通所介護　　 □地域密着型通所介護　　　　　　　　 □(介護予防)認知症対応型共同生活介護　 □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | □夜間対応型訪問介護□(介護予防)小規模多機能型居宅介護□看護小規模多機能型居宅介護□地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 利用者の状況や、住所地外の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。） |
| 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 |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 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うるま市の内諾の有無　　（　　有　　・　　無　　） |

私は、うるま市に所在する事業所を利用するにあたり、私の住所地の市町村が本申立書に記載された事項の情報提供を求めた場合、うるま市が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）