他市町村地域密着型サービス利用に関する理由書

　　年　　月　　日

　下記のとおり、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ふじみ野市が提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　申　立　者 | 住所 | 〒 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 利用希望者　との関係 |  | 連絡先 | 電話　　　（　　　） |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望サービス種別 |  |
| 利用開始希望日 | 　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 利 用 希 望 事 業 所 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒 |
| 名称 |  |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　（　　　　） |
| 管理者名 |  |

市外の地域密着型サービス等の利用を希望する理由（申立者が記入すること。）

|  |
| --- |
| １　本市の同種の地域密着型サービスを利用できない理由（アからエまでのいずれかに〇をし、ウ又はエに該当する場合は括弧内に詳細を記入すること。）ア　本市に同種の地域密着型サービス等が存在しないこと。イ　本市の同種の地域密着型サービス等において定員に空きがない等、地域密着型サービス等の提供が不可能であること。ウ　虐待からの避難（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）エ　その他、アからウと同程度の困難性が認められること。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２　本人の心身状況等を踏まえた当該事業所を希望する具体的な理由 |