

(別紙1)

他市町村地域密着型サービス事業所利用申立書

川西町長 様

年 月 日

I	申立者	住所	〒											
		氏名	利用者との関係()						連絡先					
	利用者	住所	〒 奈良県磯城郡川西町大字											
		氏名							連絡先					
		生 年 月 日	介護保険被保険者番号				要介護状態区分等							
		年 月 日												
	利用希望サービス													
	他市町村の地域密着型サービス利用の必要性について(具体的に記載してください)													
	II	利用希望事業所	事業所名						介護保険事業所番号					
所在地			〒											
連絡先									受入承諾の有無	有 ・ 無				
ケアマネジャーによる当該サービス利用に係る意見 (適切なアセスメントによるケアプランへの位置づけなどを具体的に記入してください。)														
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市町村の内諾の有無						有 ・ 無								