

武蔵村山市長 様

(地域密着型サービス事業所)

所在地
事業所名
職・氏名

印

指定地域密着型(介護予防)サービス事業所の利用に係る申立書

このことについて、下記の理由により、他の市町村と協議して下さるよう申し立てます。
記

利用希望サービス(○を付けてください。)

<input type="checkbox"/>	(介護予防)認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	(介護予防)小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	(介護予防)認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護

協議を求める基準(○を付けてください。)

<input type="checkbox"/>	(1) 市外事業所の所在地が市の隣接市町である場合で、市内事業所の利用定員に空きがないこと。
<input type="checkbox"/>	(2) 市外事業所の所在市町村にその者を介護する家族等又は後見人がいること。
<input type="checkbox"/>	(3) 利用したい事業所が市内事業所にはない機能を有し、またその機能を利用しなければならない状況にあること。
<input type="checkbox"/>	(4) 市外事業所を虐待等の理由により利用すること。
<input type="checkbox"/>	(5) その他市長が認める特別な事情があること。

1 被保険者

- (1) 住所 _____
- (2) 氏名及び性別 _____ (男性・女性)
- (3) 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
- (4) 年齢 _____ 歳
- (5) 被保険者番号 _____

2 認定状況

- (1) 現在の介護度 要支援 1. 2 要介護 1. 2. 3. 4. 5
- (2) 有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

3 居宅介護支援事業者 _____

4 サービス利用の状況

5 他市区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)