（様式６－２）

令和　　年　　月　　日

松戸市長

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　印

（対象者との関係　　　　）

○○市地域密着型サービス事業所利用に係る申出書

　私は、○○市地域密着型サービス事業所を利用したいので、松戸市の同意依頼手続きにあたり、下記のことについて申出します。

記

１　利用者（松戸市の介護保険被保険者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者名 | 性別 | |
| 住所 | 〒  松戸市 | |
| 生年月日 |  | |
| 被保険者番号 |  | |
| 要支援  ・要介護度 | 要支援・要介護度 |  |
| 認定有効期間 |  |

２　利用を希望する事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者（法人） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業の種類 |  | |

３　利用に係る説明

　(1)　現在の被保険者の状況及びサービスの利用状況

　(2)　他のサービスとの検討状況及び地域密着型サービスの利用の必要性

　(3)　松戸市に所在する指定地域密着型サービス事業所を利用できない理由

　(4)　○○市地域密着型サービス事業所を利用する理由

　(5)　その他の事情等

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | 電話 |
| Fax |