市外地域密着型サービス利用申立書

（申立先）新座市長　　　以下のとおり申し立てます。　申立日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立者 | 住所（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名  　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　） | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 利用希望者 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日  　　年　　月　　日 | | 電話番号 | | 要介護状態区分（○を付ける。）  要支援１・２要介護１・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | |
| 市外の地域密着型サービス事業所を利用する理由（該当理由に○を付け、必要事項を記入すること。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ア　市内に所在する指定地域密着型事業所の定員に空きがない**（ただし、地域密着型通所介護については生活機能向上型のサービスが必要な場合、相談可。）  　　・確認した事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **イ　同一サービスを提供する事業所が市内にない**（本市においては、夜間対応型訪問介護・地域密着型特定施設入居者生活介護）  　　・上記サービスが必要な理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ウ　他区市町村に在住する親族宅等に一時滞在している**  　　・一時滞在先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **エ　市内の事業所は距離的かつ物理的に利用が困難である**  　　・市内で最も近い事業所名（　　　　　　　　　　　　　）送迎にかかる所要時間（　　　　　　）  　　・困難である理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　・希望する事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　）送迎にかかる所要時間（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **オ　虐待、重度の認知症症状により環境の変化に耐えられない等のやむを得ない理由がある**  　　・やむを得ない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **カ　（地域密着型通所介護事業所のみ）平成２８年３月３１日より前から継続して利用している**  　　・変更前の介護度　（要支援　　）・変更後の認定有効期間（　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所 | サービス利用開始希望日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | 事業所番号 | | | | |  | | | | | | | |
| 受入承諾の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所名、氏名及び電話番号　℡  事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無 | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | |

私は、新座市が、利用希望事業所の所在する市区町村との協議を行うに際し、介護保険サービスに必要な個人情報について、提供を行うことに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　印

（本人による署名、又は記名押印）

市外地域密着型サービス利用申立書

記入例

（申立先）新座市長　　　以下のとおり申し立てます。　申立日　○年○月○日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立者 | 住所（〒×××－○○○○）  ○○市××丁目○番○号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名  　　　新座　一郎　　　　　　　　（続柄：息子） | | | | 電話番号  048-×××－○×○× | | | | | | | | | | | |
| 利用希望者 | 住所　新座市野火止○町目○番○号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな　にいざ　たろう | | | | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| 氏名　　　新座　太朗 | | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 生年月日  昭和○年○月○日 | | 電話番号  000－×××－○○○○ | | 要介護状態区分（○を付ける。）  要支援１・２要介護１・・３・４・５ | | | | | | | | | | | |
| 市外の地域密着型サービス事業所を利用する理由（該当理由に○を付け、必要事項を記入すること。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ア　市内に所在する指定地域密着型事業所の定員に空きがない**（ただし、地域密着型通所介護については生活機能向上型のサービスが必要な場合、相談可。）  　　・確認した事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **イ　同一サービスを提供する事業所が市内にない**（本市においては、夜間対応型訪問介護・地域密着型特定施設入居者生活介護）  記入欄が足りない場合は、  別紙に記入し、添付してください。  　　・上記サービスが必要な理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ウ　他区市町村に在住する親族宅等に一時滞在している**  　　・一時滞在先（息子自宅　○○市○○町目○番○○　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **エ　市内の事業所は距離的かつ物理的に利用が困難である**  　　・市内で最も近い事業所名（　　　　　　　　　　　　　）送迎にかかる所要時間（　　　　　　）  　　・困難である理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　・希望する事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　）送迎にかかる所要時間（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **オ　虐待、重度の認知症症状により環境の変化に耐えられない等のやむを得ない理由がある**  　　・やむを得ない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **カ　（地域密着型通所介護事業所のみ）平成２８年３月３１日より前から継続して利用している**  　　・変更前の介護度　（要支援　　）・変更後の認定有効期間（　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所 | サービス利用開始希望日 | ○年　○月　○日 | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別 | 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | ×○デイサービス | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | ○○市××丁目○番△号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | ０００－△△△－○○×× | | 事業所番号 | | | | | 1175000000 | | | | | | | |
| 受入承諾の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所名、氏名及び電話番号　℡000－×××－○○△△  事業所名　　×××居宅介護支援事業所　　　　　　担当　　○○　○○ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無 | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | |

私は、新座市が、利用希望事業所の所在する市区町村との協議を行うに際し、介護保険サービスに必要な個人情報について、提供を行うことに同意します。

本人氏名　新座　太朗　　　　印

（本人による署名、又は記名押印）