**他市町村地域密着型サービス事業所の利用申出書**

　　年　　月　　日

南さつま市長　様

次のとおり、他市町村に所在する地域密着型サービス事業所の利用を申し出ます。

**１　申出者（サービス利用希望者）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 介護保険  被保険者番号 |  |
| 利用者氏名 | | 印 |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住所 | 住民票上の住所 |  | | |
| 住民票と異なる場合の実際の住所 |  | | |
| 電話番号 | |  | | |

**２　利用を希望する事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | 担当者名 |  |
| Email |  | | |
| 利用開始希望日 | 年　　　月　　　日 | | |

**３　２の事業所の利用に係る説明**

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当該地域密着型サービスの利用の必要性
3. 被保険者の住所地に所在する地域密着型サービス事業所を利用できない理由
4. 南さつま市地域密着型サービスを利用する理由
5. その他の事情等