**市外事業所の利用に係る届出書〈総合事業〉**

**（宛先）桜井市高齢福祉課**

　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 届出人 | 事業所名　　　　　　 |
| 担当者名　　　　　　 | 連絡先　　　　　 |
| 被保険者 | 氏名　　　　　　 | 被保険者番号　　　　　 |
| 住所　　　　　　 | 連絡先　　　　　 |
| 生年月日　　　　年　　月　　日 | 性別　　男　・　女　　 |
| 認定情報等 |  事業対象者 ・ 要支援１ ・ 要支援２ |
| 利用サービス | 訪問型サービス ・ 通所型サービス |
| 利用事業所 | 事業所名　　　　　 | 事業所番号　　　　　 |
| 利用開始日 | 利用開始予定日 　　　年　　月　　日 |
| 市外事業所を希望する理由等 | 利用者の状態や市外事業所を希望する理由等（利用者の生活課題を明らかにしたうえで、市内の事業所で自立に向けた支援が提供できない理由を具体的に記入してください）　　　　　　　　　　 |
| サービス利用の考え方 | ケアマネジャーによる当該サービスの考え方（ケアプランの考え方等を具体的に記入してください）　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用の可否 | 可　・　否 | 市確認印 |
| 備考 |  |