**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 | |  |