様式第１号（第２条関係）

申立日　　　　年　　月　　日

名護市指定地域密着型サービス等事業所利用事前届出書

名護市長　様

届出者名称

代表者の職名・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 〒 | | | | | |
| 氏名 |  | | | 電話番号 |  | |
| 生年月日 | | 性別 | 被保険者番号 | | | 要介護状態区分 |
|  | |  |  | | |  |
| 利用希望  サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  （介護予防）認知症対応型通所介護  地域密着型通所介護  (介護予防)認知症対応型共同生活介護  地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | 夜間対応型訪問介護  （介護予防)小規模多機能型居宅介護  看護小規模多機能型居宅介護  地域密着型特定施設入居者生活介護 | | |
| 利用者の状況や、住所違いの事業所を希望する理由等（できるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 利用希望  事業所 | 住所 | 〒 | | | | | |
| 事業所名 | | | | 介護保険事業所番号 | | |
|  | | | |  | | |
| 電話番号 | |  | | 受入承諾の有無 | | 有　・　無 |
| メールアドレス | |  | |
| 利用希望  サービス  等 | ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方  (ケアプランの考え方などを、できるだけ具体的に記入してください。) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所及び氏名 | | | | | 電話番号 | |
|  | | | | |  | |
| 利用希望事業所の所在する市町村の内諾の有無 | | | | | 有　・　無 | | |

　私（利用者）は、名護市に所在する事業所を利用するにあたり、私の住所地の市町村が本申立書に記載された事項の情報提供を求めた場合、名護市が当該情報を提供することに同意します。

利用者氏名

（本人による署名）

様式第２号(第３条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

名護市長　様

市町村名　　　　　　　　印

地域密着型サービス等事業所の区域外指定の同意依頼書

　　　年　　月　　日付けで貴市に所在する指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所より、指定申請がありましたので、下記のとおり同意を求めます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者の  情報 | フリガナ |  | | 性別 | 要介護状態区分 |
| 氏名 |  | |  |  |
| 生年月日 |  | | 年齢 |  |
| 住所 |  | | | |
| 事業所情報 | 利用希望サービス | |  | | |
| 利用希望事業所名 | |  | | |
| 利用希望事業所所在地 | |  | | |
| 介護支援専門員名 | |  | | |
| 同意を求める理由等 | | |  | | |

添付書類　　名護市指定地域密着型サービス等利用事前届出書