大田区外の地域密着型サービス事業所の利用に関する理由書

　　　　令和　　　年　　月　　日

(宛先)大田区長

下記のとおり、大田区外の地域密着型サービス事業所の利用を希望します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 |  | | | |
|
| (フリガナ)  氏名 | （　　　　　　　　） | | 介護保険被保険者番号 |  |
| 要介護状態区分 |  |
| 利用希望サービス事業所 | 所在地 |  | | | |
|
| 名称 |  | | | |
|
| 事業所番号 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 大田区による指定の有無 | | 有　　・　　無 | | |
| 利用希望サービス | | |  | | |
| サービス利用開始(希望)日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 利用希望サービス事業所の担当者氏名 | | |  | | |
| 大田区外の地域密着型サービス事業所の利用を希望する理由を具体的に記入してください。 | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入者 | 事業所名称 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 担当ケアマネジャー氏名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 連絡先 |  |

備考　1　理由書は利用者を担当するケアマネジャーがサービス利用開始前に記入し提出してください。

　　　2　利用希望事業所が大田区の指定を受けていない場合、新規指定申請手続き終了後にサービス利用ができます。