（参考様式）

東久留米市外の地域密着型サービスの利用に関する理由書

年　　月　　日

東久留米市長　あて

　下記のとおり、東久留米市外の地域密着型サービス事業所の利用を希望します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業開始予定年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望サービス事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日・被保険者番号 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用を希望する理由  （東久留米市の被保険者が利用する必要性がわかるよう、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 |  |
| 電話番号 |  |

（備考）理由書は担当の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。