　　年　　月　　日

香南市長　様

（指定申請者）

所在地

事業所名

代表者（職・氏名）　　　　　　　　　　　　　印

指定地域密着型サービス事業所の利用申請書

　香南市外の地域密着型サービス事業所において、香南市が保険者である利用者のサービス利用開始を申請します。

１　被保険者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　所 |  | 要介護度 |  |
| 指定開始日 |  | 被保険者番号 |  |

２　地域密着型サービス事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　） | | |
| 電話番号 | －　　　－ | 担当者名 |  |

３　居宅介護支援事業所（通所介護のみ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　） | | |
| 電話番号 | －　　　－ | 担当者名 |  |

４　香南市外の地域密着型サービス事業所を利用するやむを得ない理由

|  |
| --- |
|  |

※添付書類：被保険者の基本情報