

東秩父村長 様

村外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書

このことについて、下記のとおり申し立てします。

I	申立者	〒□□□-□□□□ 住所	
		氏名	連絡先 Tel ()
	利用者	〒□□□-□□□□ 住所	
		氏名	連絡先 Tel ()
生年月日		年 月 日 年齢 歳	
介護保険被保険者番号			
利用希望サービス (希望するサービスに☑してください)		<input type="checkbox"/> (1) 夜間訪問型訪問介護 <input type="checkbox"/> (2) (介護予防)認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (3) (介護予防)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> (4) (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> (5) 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (6) 地域密着型老人福祉施設 <input type="checkbox"/> (7) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> (8) 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> (9) 看護小規模多機能型居宅介護	
☐事業所選定理由 ・別紙1-1のとおり			
☐利用者の状況 (出来るだけ具体的に記入してください)。 ・別紙1-2のとおり			
II	利用希望事業所	〒□□□-□□□□ 所在地	
		事業者名	介護保険事業者番号
	連絡先 Tel ()	年 月 日 付で 利用希望事業所の受入れについて、 承諾を確認しました。	
	ケアマネジャー担当	☐ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方。 ・別紙1-3のとおり	
	事業者名		
	担当者	連絡先Tel ()	
利用希望事業所の所在する市区町村の受入れ方針を確認しました。 年 月 日 確認			

※私は、村外事業所を利用するにあたり、当該事業所の所在する市区町村に本申立書に記載された事項を、東秩父村が提供することに同意します。

当該被保険者 _____ 印
(本人による署名、又は記名押印)

記入の仕方

1 申立書について

本来、地域密着型サービスは、住み慣れた地域での生活を支えるため、原則として事業所が所在する市区町村の被保険者だけが使える介護サービスです。

特別な理由があり、やむを得ず東秩父村の被保険者が村外の地域密着型サービス事業所の利用を希望する場合は、「村外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書」により、利用者の状況とサービス利用の必要性等を東秩父村長あてに申し立てます。

2 申立書の記入について

原則的に、Ⅰの欄は申立て人が、Ⅱはケアマネジャーが記入します。

ケアマネジャーがいない場合は、申立者等状況を説明できる者が記入してください。

(1) Ⅰ欄の書き方

- ・「申立者」と「利用者」は、それぞれ住所、氏名、連絡先を記入します。なお、連絡先が複数ある場合は、最も連絡がとりやすい電話番号を記入してください。
- ・「利用希望サービス」は、該当するサービスにチェックをしてください。
- ・「事業所選定理由」は、別紙1-1にその事業所を選んだ理由を具体的に記載してください。
- ・「利用者の状況」は、別紙1-2に出来るだけ具体的に記載し、欄内に書ききれない場合は、別紙を添付しても結構です。

(2) Ⅱ欄の書き方

- ・「利用希望事業所」欄は、利用を希望する事業所について記入します。なお、事前に利用希望の事業所に受入れが可能かどうかを確認し、受入れを承諾した日を記入してください。
- ・「担当ケアマネジャー」欄は、ケアマネジャーによる該当サービスの利用の考えと担当ケアマネジャーの事業所名及び担当者名等を記入します。「ケアマネジャーによる該当サービス利用の考え方」は、別紙1-3にその利用者に対するケアプランの基本的な考え方を具体的に記載してください。
- ・「所在市区町村」欄は、利用を希望する事業所が所在する市区町村に、利用者がその事業所を利用することが可能であることを確認した日を記入してください。

3 提出・問合せ先

〒355-0393

埼玉県秩父郡東秩父村大字御堂634番地

東秩父村役場 保健衛生課 介護保険担当

電話 0493-82-1777

FAX 0493-82-1562

別紙 1

<p>1 施設選定理由</p>	
<p>2 利用者の状況 (出来るだけ具体的に記入してください。)</p>	
<p>3 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、出来るだけ具体的に記入してください。)</p>	

