

# 津幡町区域外地域密着型サービス利用理由書

(宛先) 津幡町長

令和 年 月 日

## ■利用希望者

被保険者番号	00	要介護認定区分	要支援・要介護 ( )
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳)
氏名			
住所	〒 - 津幡町(字) 電話番号 ( )		

## ■利用希望事業所

名称			サービス種類		
所在地			電話番号	( )	
区域外利用について	希望事業所の受入可否	可・否	担当者名	所在市町村への事前相談	有・無
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 町内に同一サービスを提供する事業所が存在せず、他のサービスでは代用ができない <input type="checkbox"/> 町内に所在する利用希望サービスの定員に空きがない <input type="checkbox"/> 虐待等のやむを得ない理由がある場合 <input type="checkbox"/> その他、上記の事由と同程度の特段の理由があると認められる場合 ※ 利用希望者の心身の状況、家族による現在の支援・介護サービスの利用状況等を踏まえ、区域外利用が必要と考える上記理由について、できる限り詳細に記入してください。				

※介護保険被保険者証の写しを添付してください。

## ■申請者

氏名		電話番号	( )	利用希望者との関係
住所	〒 -			