様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（事業所所在地の市区町村長）

所在地

法人名

代表者

地域密着型サービス事業所の利用に伴う協議依頼書

このことについて， の被保険者である下記の者から当事業所の利用申込みがありました。つきましては，地域密着型サービス事業所の指定を受けたいので，当事業所が所在する 　との協議をお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 介護保険事業所番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| サービス種別 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 利用対象者 | 氏　　　　　　　　名 | 性別　　男　・　女 |
| 住　　　　　　　　所 |  |
| 生　　年　　月　　日 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 要介護状態区分 |  |
| 心身の状況 |  |
| 当施設を選定した理由  （要綱に基づくやむを得ない事由を付記） |  |
| 利用開始希望日 | | 年　　　月　　　日 |