

申立書

（宛先）焼津市長

年 月 日

以下のとおり申し立ていたします。

I	申立者	住所	(〒 -)														
	氏名												印	連絡先			
	利用者	住所	(〒 -)														
	氏名												連絡先				
	生年月日	年	月	日	性別	男・女		要介護 状態区分	要支援 1 2								
被保険者番号											要介護 1 2 3 4 5						
要介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日																
利用希望サービス																	
他市町村の地域密着型サービスを利用する必要性 (できるだけ具体的に記載してください。)																	
II	利用希望事業所	事業所番号												受入承諾の有無	有 ・ 無		
	名称												連絡先				
	所在地	(〒 -)													E-mail		
	担当の介護支援専門員等による当該サービス利用に係る意見 (ケアプランの考え方などを、できるだけ具体的に記載してください。)																
	介護支援専門員	事業所名															
	氏名												連絡先				
利用希望事業所の所在する市町村の内諾の有無											有 ・ 無						