他市町村所在事業所の利用に関する理由書

備前市長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 |  |
| 氏名 | （生年月日　　　　　　　） |
| 介護保険被保険者番号 |  |
| 利用希望サービス種別 |  |
| 利用希望事業所 | 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業者番号 |  |
| 連絡先 |  |
| 利用を希望する理由 | ※利用者の状況、希望する理由、ケアマネージャーのサービス利用についての考え方など具体的に記載してください。（別紙添付可） |
|  |

※備前市が事業所所在市町村との協議にあたり、利用者の情報を提供することに利用者は同意していますか。　（　はい　・　いいえ　）

上記のとおり理由書を提出します。

　　　年　　月　　日

介護支援専門員名

事業所住所

事業所名

連絡先