町外に所在する地域密着型サービス事業所等の利用に係る申立書

涌谷町長　殿　　　　　　以下のとおり申し立てます。　　　　　　　申立日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 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 | | 性別  　男 ・ 女 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等 | | | | |
|  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |
| 利用希望サービス | | | 夜間対応型訪問介護　・ 地域密着型通所介護　・ （介護予防）認知症対応型通所介護  （介護予防）小規模多機能型居宅介護　・ （介護予防）認知症対応型共同生活介護  地域密着型特定施設入居者生活介護　・　地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況や、町外の事業所の利用を希望する理由等  （できるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 利用希望事業所 | 所在地　（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  |  |  |
| 連絡先  　TEL　　　　-　　　　-  　FAX　　　　-　　　　- | | | | 受入承諾の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望サービス等 | 介護支援専門員（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、できるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所及び氏名 | | | | | | | | | | | | 連絡先（TEL）  　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無　　（　　有　　・　　無　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　私は、町外の事業所を利用するにあたり、当該事業所が所在する市区町村から、本申立書に記載した情報の提供を求められた場合、涌谷町が提供することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人による署名、又は記名押印）

**記入の仕方**

１　申立書の意義について

　　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、涌谷町の被保険者が、涌谷町以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、「町外に所在する地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書」を使用し、利用者の状況とサービス利用の必要性を涌谷町長あて、申し立てていただきます。

２　申立書の記入について

①は申立者が、②は介護支援専門員（ケアマネジャー）が記入をします。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ます。

（１）①欄の書き方

・申立者と利用者が同一の場合は、申立者の欄に「本人」と記入します。

・「連絡先」が複数ある場合は、最も連絡が行いやすい連絡先（電話番号）を記入してください。

・「利用希望サービス」は、該当するサービスを○で囲んでください。

・要介護状態区分等の欄は、現在認定されている要介護状態区分等（要介護状態区分１～５、経過的要介護、要支援状態区分１，２）を記入してください。

・利用者の状況や町外事業所の理由を希望する理由は、できるだけ具体的に記載してください。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）②欄の書き方

・利用希望事業所の欄には、具体的に利用希望する町外の事業所を記載します。

・申立書の提出以前に、事業所に受入が可能かどうか確認し、承諾を受けてから申立書を提出してください。そのため、申立書を提出するときは、必ず申立承諾の有無の欄は「有」に○をすることになります。

・利用希望サービス等の欄には、ケアマネジャーによる該当サービスの利用の考え方と、担当ケアマネジャーの事業所及び氏名等を記載します。

・ケアマネジャーによる該当サービス利用の考え方は、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。

・申立書を提出する前に、利用を希望する事業所が、その所在する市区町村の介護保険担当部局に、その利用者が当該事業所を利用することが可能かどうか、確認し、内諾を得たうえで提出してください。そのため、申立書を提出するときは、必ず利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無は、「有」に○をすることなります。

（３）提出・問合せ先等

　　「町外に所在する地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書」を提出する場合は、下記まで提出してください。

　　記載方法等、不明な点があった場合は下記までお問い合わせ願います。

〒987-0121

遠田郡涌谷町涌谷字中江南278番地

涌谷町福祉課福祉班

TEL：0229-43-5111（内線552）

FAX：0229-43-5717