年　　月　　日

三木市長　様

申請者

住　　所

氏　　名

続　　柄

電話番号

市外指定地域密着型サービス事業所の利用について

　市外の指定地域密着型サービスの利用を希望する理由及び状況は下記のとおりです。

記

１　利用する指定地域密着型サービス事業所

事業所名：

所在地：

サービス種別：

電話番号：

２　利用希望者（三木市被保険者）

被保険者番号：

氏名（ふりがな）：

住所：

生年月日：

性別：

要介護度：

認定有効期限：

利用開始予定日：

３　理由および状況

1. 居住地の地域密着型サービスが利用できない理由
2. 当該事業所を希望する理由
3. 症状等
4. 親族等その他の事情
5. 居宅介護支援事業所名
6. 提出者（提出者が申請者と異なる場合）

氏　名

電　話

申請者との関係

※「別紙のとおり」として、別紙に理由等を書いていただいても結構です。