年　　　月　　　日

豊岡市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 住 所 |  |
| (利用者) | 氏 名 |  |
|  | （代筆の場合）氏 名 |  | 続 柄 |  |

**他市町所在の第１号事業所（予防給付基準サービス事業所）の利用に係る届出書**

　豊岡市外の第１号事業所（予防給付基準サービス事業所）の利用について、下記のとおり届出します。

記

１　利用者（豊岡市の介護保険の被保険者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　　名 |  | 男 ・ 女 |
| 住　　所（住民票所在地） | （〒　　　-　　　　） |
| 居　　所（実際のお住い） | （〒　　　-　　　　） |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　年　　　　月　　　　日　（　　　歳） |
| 被保険者番号 |  |
| 要支援・事業対象者 | 該当に○ | 要支援１　・　要支援２　・　事業対象者 |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

２　利用を希望する事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の種類 | 予防給付基準訪問介護　・　予防給付基準通所介護 |
| 事業者（法人） | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 事　業　所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |

（裏面へ）

３　利用に係る説明　【地域包括支援センター職員が記入】

⑴　現在の被保険者の状況

⑵　現在のサービスの利用状況

⑶　豊岡市所在の事業所を利用できない理由（豊岡市所在の事業所の検討状況）

⑷　その他の事情等

４　担当者　【地域包括支援センター職員が記入】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域包括支援センター | 事業所名 |  |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 |  |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |

※担当ケアマネジャーは、居宅介護支援事業所に委託している場合のみ記入