

(記入例・記入上の注意点)

本申立書は、「ケアマネージャー」又は「相談担当  
ケースワーカー」が作成し、提出してください。

事業所の利用に係る申立書

墨田区長 あて

以下のとおり申し立てます。

申立日

令和 X 年 XX 月 XX 日

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                     |                                                      |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------|---|---|---|--------------|-----------------|---|---|---|---|
| 利用者<br>(被保険者)                                                                                                            | 被保険者番号                                                                                                                                              | X                                                    | X | X | X | X | X | X                                                     | X | X | X | 生年<br>月<br>日 | 昭和 X 年 X 月 XX 日 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          | フリガナ                                                                                                                                                | スミダ タロウ                                              |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          | 氏 名                                                                                                                                                 | 墨田 太郎                                                |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          | 住 所                                                                                                                                                 | 〒XXX-XXXX<br>東京都墨田区吾妻橋 X-XX-XXX<br>電話番号：XX-XXXX-XXXX |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          | 現に受けている<br>要 介 護 認 定                                                                                                                                | 要介護 2                                                |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
| 利用<br>希望事業所                                                                                                              | サービス種別                                                                                                                                              | 地域密着型通所介護                                            |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          | 名 称                                                                                                                                                 | 区役所デイサービス                                            |   |   |   |   |   | 介護保険事業者番号                                             |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          | 所 在 地                                                                                                                                               | 〒XXX-XX<br>東京都XX区                                    |   |   |   |   |   | 電話等により、事前に空き状況・受け入れの可否を確認してください。<br>電話番号：XX-XXXX-XXXX |   |   |   |              |                 | X | X | X | X |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                     |                                                      |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          | 受け入れの可否                                                                                                                                             | 可<br>※事前に利用希望事業所に受け入れの可否を確認してください。                   |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
| 利用者の状況及び当該事業所の利用を希望する理由（※具体的に記載してください。）<br>利用者の居住・心身・家族等の状況や当該サービスを利用する必要性（当該事業所でなければならない理由等）を具体的に記載し、必要に応じて別紙を添付してください。 |                                                                                                                                                     |                                                      |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
| 利用の<br>考え方等                                                                                                              | ケアマネージャー等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具体的に記載してください。）<br>ケアプランの考え方（当該サービスの利用により、どのような点で当該利用者の心身機能の維持及び意欲の向上に繋がると判断しているか等）を具体的に記載し、必要に応じて別紙を添付してください。 |                                                      |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
| 申立<br>者<br>(担当ケア<br>マネージャー<br>等)                                                                                         | 事 業 所 名                                                                                                                                             | スミダ居宅介護支援事業所                                         |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                     |                                                      |   |   |   |   |   |                                                       |   |   |   |              |                 |   |   |   |   |

本申立書の提出及び他自治体への情報提供について、必ず利用者の同意を得てください。

メール：sumidakyotaku@kaigo.co.jp

私は、墨田区外に所在する事業所を利用する。当該事業所の所在する市区町村が本申立書に記載された事項を求めた場合、墨田区が提供することに同意します。

本人氏名 墨田 太郎