地域密着型サービス事業所の区域外利用に関する理由書

１．利用希望者

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 要介護度 |  |
| 認定有効期間 |  |

２．利用を希望する地域密着型サービス事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者（法人）名 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| サービス種類 |  |

３．利用希望者の概況および現在のサービス利用状況

|  |
| --- |
|  |

４．他のサービス等の検討状況および当該地域密着型サービス利用の必要性

|  |
| --- |
|  |