

(参考様式)

村外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書

西原村長 様 以下のとおり申し立てます。

申立日 年 月 日

①	申立者	氏名		連絡先 Tel :									
		住所 (〒 -)											
	利用者	氏名		連絡先 Tel :									
		住所 (〒 -)											
		生年月日	性別 : (男 女)	介護保険被保険者番号								要介護区分等	
利用を希望する事業所名													
利用者の状況や、村外事業所を希望する理由等 (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	利用を希望する事業所		介護保険事業所番号									
		サービス種別		受入承諾の有無		(有 ・ 無)							
		所在地 (〒 -)											
		連絡先 Tel :						Fax :					
	利用希望サービス等	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		事業所名											
		事業所の 連絡先	Tel :				Fax :						
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、村外事業所を利用するにあたり、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、西原村が提供することに同意します。

利用者本人氏名

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、西原村の被保険者が、西原村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、「村外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西原村長あてに申し立てます。

2 申立書の記入について

①は申立者が、②は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。
- ・要介護区分等の欄は、現在認定されている要介護区分等（要介護区分1～5、要支援状態区分1，2）を記入してください。
- ・利用者の状況や村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村外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所在する市区町村に、その利用者がその事業所を利用することが可能かどうか、確認し、内諾を得てから提出してください。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○をすることになります。

(3) 提出・問合せ先等

「村外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、以下に直接提出してください。記載方法について、不明な点があった場合は以下のところにお問い合わせください。

【お問合せ先】

〒861-2492

熊本県阿蘇郡西原村大字小森 3259

西原村 保健衛生課 保険係

TEL: 096-279-4389

FAX: 096-279-3438