令和　　年　　月　　日

　甲州市長　様

法人所在地

　　　　　　　　　法人名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

地域密着型サービス提供に伴う協議依頼書

このことについて、貴市在住の下記の者から当事業所の利用申し込みがありました。

つきましては、当事業所が所在する(市町村名)　　　　　　　との協議をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種別 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 事業所名称 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号： | FAX番号： |
| 利用希望者 | 現住所 |  |
| ふりがな |  | 性　別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 要介護度 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 心身の状況 |  |
| 当施設を選定した理由 |  |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名：名　　前：　　　　　　　　　　　　　　電話番号： |