**市外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書（記載例）**

山武市長　様　　　　　以下のとおり申し立てます。　　　　　　　　　　申立日　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **①** | 申立者 | | 住所　（〒000－0000）  　　　　○○市○○　０－０－０　○○マンション　０００号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名  　　　　山武　花太郎 | | | | | | | | 連絡先（℡）  ０００－○○○－×××× | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | | 住所　（〒000－0000）  　　　　○○市○○　１－１－１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名  　　　　山武　太郎 | | | | | | | | 連絡先（℡）  ００００－××－○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日  大正○年○月○日 | | 性別  　男　・　女 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等  要介護○ | | | | |
| × | × | | × | × | | | × | | × | | × | × | | × | × | |
| 利用希望サービス | | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　・（予防）地域密着型通所介護　　・（介護予防）認知症対応型通所介護　　・（介護予防）小規模多機能型居宅介護　　・看護小規模多機能型居宅介護　（介護予防）認知症対応型共同生活介護　　・　地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況や、市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。）  例）　山武太郎は、介護者の妻と二人で生活していたが、妻が長期入院するため、山武市で暮らすことが困難な状況である。そのため、○○市在住の申立者である長男、山武花太郎宅へ当分の間、身を寄せることとした。  　　　山武太郎は要介護○で、重度の認知症である。また、山武花太郎は日中働いているため、山武太郎の支援を行うことは難しい。そのため日中は認知症対応型通所介護サービスを利用することを考えている。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **②** | 利用希望事業所 | 所在地　（〒000－0000）  　　　　　××市○○　１－１－５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用予定事業所名  ××市認知症対応型デイサービス | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 連絡先Tel　0000－××－○○○×  Fax　0000－××－○○○× | | | | 受入承諾の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。）  例）山武太郎は、要介護度○であり、重度の認知症であることから、日中、認知症対応型通所介護に定期的に通い、機能訓練や介護を受けることで安定した生活を維持している。長男宅で生活をしている間も、同様のサービス提供により支援する必要があると考える。  　　なお平日の日中以外の部分については、適宜訪問介護等を活用し、適切な生活環境を築けるよう支援する計画である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所及び氏名  ××居宅支援事業所　　　××　はな子 | | | | | | | | | | | | 連絡先（℡）  　000－×××－○○×× | | | | | | | | | | | | | |
| 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、市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、山武市が提供することに同意します。

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、山武市の被保険者が、山武市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、「市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山武市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。

・「利用希望サービス」は、該当するサービスを○で囲んでください。

・要介護状態区分等の欄は、現在認定されている要介護状態区分等（要介護状態区分１～５、経過的要介護、要支援状態区分１，２）を記入してください。

・利用者の状況や市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市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○をすることなります。

（３）提出・問合せ先等

　　「市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、下記のところ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下記のところに問い合わせてください。

〒283-1392

山武市殿台296番智

山武市健康福祉部高齢者福祉課

TEL：0475-80-2641

FAX：0475-80-2650

**市外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書**

山武市長　様　　　　　　以下のとおり申し立てます。　　　　　　　　申立日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **①** | 申立者 | | 住所　（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | | 住所　（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 性別  　男　・　女 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等 | | | | |
|  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |
| 利用希望サービス | | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　・（予防）地域密着型通所介護　　・（介護予防）認知症対応型通所介護　　・（介護予防）小規模多機能型居宅介護　　・看護小規模多機能型居宅介護　（介護予防）認知症対応型共同生活介護　　・　地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況や、市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 | 所在地　（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用予定事業所名 | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  |  |  |
| 連絡先　Tel  Fax | | | | 受入承諾の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | |
| 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、市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、山武市が提供することに同意します。

本人氏名