別紙様式（第６条関係）

**（介護予防）認知症対応型共同生活介護・（介護予防）小規模多機能型居宅介護**

**の利用に係る申立書**

　　年　　月　　日

毛呂山町長　あて

以下のとおり申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立者 | 氏名 |  | | | | 利用希望者との関係 | | |  |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | |
| 利用希望者 | 氏名 |  | | | 性別 | | |  | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 保険者名 |  | | 被保険者番号 | | | |  | |
| 認定結果 |  | 認定有効期間 | | | |  | | |
| 指定を受けようとする  サービスの種類 | | （介護予防）認知症対応型共同生活介護  （介護予防）小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | |
| 利用希望の事業所名称 | |  | | | | | | | |
| 利用希望の事業所住所 | |  | | | | | | | |
| 緊急にサービス利用を希望する理由（できるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

　※　住所地の市区町村の担当課や警察に相談している場合は、必ずその旨を記入してください。