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。