

## 町外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書

南三陸町長 様

以下のとおり申し立てます。

申立日： 年 月 日

① 利用者について	申立者	住所 (〒 - )		氏名 <span style="float: right;">㊟</span>		連絡先 (Tel)		
	利用者	住所 (〒 - )		氏名		連絡先 (Tel)		
	サービス希望	生年月日 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	夜間対応型訪問介護		地域密着型特定施設入居者生活介護				
	利用希望	(介護予防) 認知症対応型通所介護		地域密着型老人福祉施設入所者生活介護				
	利用希望	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護		定期巡回・随時対応型訪問介護・看護				
	利用希望	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護		看護小規模多機能型居宅介護				
	利用希望	地域密着型通所介護		※希望するサービスに「○」を記入すること				
	利用者の状況							
	町外事業所を希望する理由							
② 希望事業所について	利用希望事業所	所在地 (〒 - )		事業所名		介護保険事業所番号		
	利用希望事業所	連絡先 (Tel) :		事業所の受入承諾の有無		有 ・ 無		
	当該サービスの考え方	ケアプランにおける当該サービスについて						
	当該サービスの考え方	上記の事業所を選定した理由						
	居宅介護支援事業所名			㊟		担当ケアマネジャー氏名		
利用希望事業所の所在する市区町村への利用可能の確認		確認日 ( 年 月 日)		担当部署 :		担当者名 :		

私は、町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、南三陸町が提供することに同意します。

本人氏名 ㊟  
(本人による署名、又は記名押印)

# 記入の仕方

## 1 申立書の趣旨

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、南三陸町の被保険者が、南三陸町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、「町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南三陸町長あてに申し立てます。

## 2 申立書の記入方法

①「利用者について」の欄は、申立者または申立者等状況を説明できる者が記入します。

②「希望事業所について」の欄はケアマネジャーが記入をします。

### (1) ①欄の書き方

- ・申立者と利用者が同一の場合は、利用者の氏名欄に「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、該当するサービス名が記載された欄の左欄に○を記入してください。
- ・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、要支援状態区分1・2）を記入してください。
- ・利用者の状況や町外事業所を希望する理由は、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町外事業所の情報を記載します。
- ・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、必ず受入承諾の有無の欄は「有」に○をすることになります。
- ・ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方は、その利用者のケアプランにおける当該サービスの考え方、事業所の選定理由については同種サービスを行う事業所の中から当該事業所を利用しなくてはならない理由等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（南三陸町が指定することについて同意が可能か）、確認し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、必ず確認日を記入してください。

### (3) 提出・問合せ先等

「町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も下記のところに問い合わせてください。

## 3 その他

- ・本手続きには、南三陸町と他市町村による同意の手続き、南三陸町と事業所による指定申請手続きが必要となります。そのため、特別な事情や相当の理由及び相応の時間を要するため、早めに町に相談ください。
- ・他市町村の同意と町の指定を受けないまま利用があった場合、南三陸町は介護給付費を支給できませんので、ご注意ください。

南三陸町 保健福祉課 高齢者福祉係  
TEL : 0226-46-3041 FAX : 0226-46-4587  
〒986-0725  
南三陸町志津川字沼田1 4 番地3