指定地域密着型サービス等事業所利用申立書(転入後3月未満)

沖縄県介護保険広域連合長　　　様

申立日　　　　年　　月　　日

以下のとおり申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 申立者 | 住所 | | （〒　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | 住所 | | （〒　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 生年月日 | | | | 性別 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等 | | | | | |
| 年　　月　　日生 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | | | | | |
| 利用希望サービス | | □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  □ (介護予防)認知症対応型通所介護  □ 地域密着型通所介護  □ (介護予防)認知症対応型共同生活介護  □ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | □ 夜間対応型訪問介護  □ (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  □ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況や転入後3月未満で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。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望者住所地（市町村）に同種サービス事業所所在の有無（　　有　・　無　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（℡） | | |  | | | | | | 受入承諾の有無  (事業所担当者氏名) | | | | | | | | | | | 有　　・　　無  (担当者氏名：　　　　) | | | | | | | | |
| FAX番号 | | |  | | | | | |
| 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や事業所利用の必要性などを、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（℡） | | | | | | | | |  | | | | |
| 事業所：　　　　　　　　　　氏名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所の所在する構成市町村の内諾の有無　　　（　　有　　・　　無　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　私は、本申立てを行うに当たり、沖縄県介護保険広域連合が私の住所地の構成市町村へ本申立書を提供することに同意するとともに、私の住所地の構成市町村から本申立書に記載された事項の情報提供を求められた場合提供することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人による署名、又は記名押印）

＜　参　考　＞

構成市町村へ転入して3月を経過しない被保険者が地域密着型サービスを利用する場合の要件

　沖縄県介護保険広域連合指定介護サービス事業者の指定等に関する規則第3条の規定により、構成市町村へ転入して3月を経過しない被保険者が住所地の地域密着型サービスを利用することは原則できません。ただし、下記の要件を満たし広域連合長が相当の理由があると認める場合に限り転入後3月未満の被保険者利用を認めております。

　転入後3月未満の被保険者が地域密着型サービス事業所を利用する際の要件（①、②の全ての要件を満たす必要があります。）

①　利用希望事業所が利用希望者の受入れを可能であり、受入後の事業所定員に空きがあること。

②　以下の(1)～(2)いずれかに該当すること。

(1)　当該被保険者の住所地に希望する地域密着型サービス等事業所以外の代替サービスがない又は定員に空きがないときであって、当該事業所利用が必要と介護支援専門員が判断しているとき。

(2)　その他広域連合長が必要と認めるとき。

※上記要件を満たしている場合であっても、事業所所在市町村長の意見により、利用が認められない場合がありますのでご了承ください。

※利用の可否は被保険者ごとに行いますので、対象となる利用希望者ごとに要件をご確認ください。

（関係法令）

◯沖縄県介護保険広域連合指定介護サービス事業者の指定等に関する規則（平成28年広域連合規則第1号）

◯沖縄県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業所等の指定の同意及び利用に関する要綱（平成31年広域連合告示第59号）