

年 月 日

各務原市長 宛

事業所代表者名 印
(連絡先電話番号 ー ー)

**住民となった日から90日以上経過していない者への
地域密着型サービス提供に関する協議依頼書**

下記の理由により、地域密着型サービス事業所が以下の者に介護サービスを
提供することを希望しますので、協議を依頼します。

記

サービス提供事業所名

提供するサービス種類

提供対象者氏名

対象者転入前住所

対象者転入後住所

対象者転入(予定)日 年 月 日(予定)

※ これより下は「各務原市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所のサービス提供に関する指針」4(4)の条件を満たす親族が自署してください。

私は1年以上前から各務原市に住民票を置く、上記転入者の2親等以内の親族であり、転入者の日常生活上の世話や諸手続きを今後
も継続的におこないます。

住 所

電話番号 ()

氏名(自署)