令和　　年　　月　　日

富　士　川　町　長　　様

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

地域密着型サービス提供に伴う協議依頼書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふ　　り　　が　　な 氏　　　　　名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 生 年 月 日 | M ・ T ・ S 　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 住　　　　所 | 富士川町 | | | |
| 要 介 護 度 |  | | | |
| 被保険者番号 |  | | | |
| 心身の状況 |  | | | |
| 理　　　　由 |  | | | |
| 事業所 | 事業種別 |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 管理者氏名 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | Fax番号 |  |

　このことについて、富士川町に在住の　　　　　　　　さんのケアプラン作成に当たり下記事業所を利用したいので、当該事業所の所有する　　　　　　市との協議をお願いします。