

介護保険施設等における定員超過利用について（申出）

年 月 日

阿賀町福祉介護課長 宛

申 出 者
居宅介護支援事業所名
電話番号
担当介護支援専門員名

下記の災害等やむを得ない事由につき、定員超過利用について申出致します。

利用者名		被保険者番号	
住 所			年齢 歳
要介護度		認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日
災害等やむを得ない事由			
定員超過利用以外で 検討している課題			
利用予定事業所	<ul style="list-style-type: none"> • • • 		
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）		