令和　　年　　月　　日

（宛先）焼津市長

事業所所在地

事業所名

事業所代表者　職・氏名

「介護保険被保険者」の障害福祉サービスの利用にかかる理由書

　障害福祉サービス等を「介護保険被保険者」が利用する必要がある理由について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護保険課 | * 確認済
 | 担当 |  |
| 地域包括支援センター | * 相談済（地域：　　　　　）
 | 担当 |  |
| 障害福祉サービスを利用しなければならないやむをえない事情 |  |
| 支給希望期間 |  |
| 希望期間の理由と今後の展望 |  |
| 対象者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 介護度 |  |
| 必要と考える障害福祉サービス |  |
| 本人の心身の状況 |  |
| 介護者の状況 |  |
| 親族等の状況（同居以外含む） |  |
| 介護保険サービスによる対応の可否 |  |
| 介護保険サービスでは対応できない理由 | 【資源的理由】【支援的理由】 |
| 小規模多機能型居宅介護等の検討および可否の理由 |  |
| 障害福祉サービス利用以外の検討について |  |

【注意】

※この理由書は「介護保険被保険者」の障害福祉サービスの支給決定が必要かどうかを判断するための資料ですので、できるだけ詳しく記入してください。

※介護保険で対応できない理由が「施設の定員に空きがない」という場合は、申込をしたことがわかる書類（申込書の写し等）を添付してください。

※この理由書の提出があった場合でも、必ずしも障害福祉サービスの利用が認められるわけではありません。