

(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                        | <input type="checkbox"/> 確認済        | 担当 |  |
| 地域包括支援センター                   | <input type="checkbox"/> 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<br>(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           | <p>【資源的理由】</p> <p>【支援的理由】</p>       |    |  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 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。