美作市総合事業（介護予防訪問サービス・介護予防通所サービス）

に関する他市町村所在事業所の利用に関する理由書

美作市長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住民票上の住所 |  |
| 現在居住の住所 |  |
| 氏　名 | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 介護保険被保険者番号 |  |
| 連絡先 | （　　　　　）　　　　－ |
| 利用希望サービス種別 |  |
| 利用希望事業所 | 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業者番号 |  |
| 連絡先 | （　　　　　）　　　　－ |
| 利用を希望する理由 | 利用者の生活や身体の状況、サービス利用についての考え方、他のサービスの検討状況など、市外の事業所を必要とする理由（住民票を移動できない理由等）※別紙添付可 |

上記のとおり理由書を提出します。

　令和　　年　　月　　日

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記入者　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　本人との続柄

　　　　連絡先

　　　　事業所名

（裏面があります。）

作成要領等

1. この理由書は、当市の住所地特例対象者の方は必要ありません。
2. 理由書の作成にあたっては、原則、担当（予定）の介護支援専門員が記入してください。※理由書作成時点において、担当（予定）の介護支援専門員がいない場合は、それに代わる利用者の状況や相談内容がよく分かる方（相談員、事業者など）か、本人・ご家族が記入してください。

３．「利用を希望する理由」欄は、利用者の生活や身体の状況、サービス利用についての考え方、他のサービスの検討状況、市外の事業所を必要とする理由（住民票を移動できない理由等）など、を記入してください。

　　※別紙の添付も可です。

４．介護保険被保険者証の写しを添付してください。