参考様式９

**利用に関する理由書**

令和　　年　　月　　日

毛呂山町長あて

所在地

申請者　名　称

（開設法人）代表者

地域密着型サービス事業所の所在地市区町村とは別の他市区町村の被保険者が当該事業所を利用するにあたり、当該事業所が当該他市区町村の長に指定を申請することについての理由及び状況は、以下のとおりです。

１**．**基本事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 事業所名称 |  |
| 所在地住所 |  |
| 管理者名 |  |
| 指定を受けようとする  サービスの種類 | |  |
| 指定の状況 | 指定保険者 |  |
| 有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 他市町村（※事業所所在市町村以外の保険者）の指定状況 | |
| 利用希望対象者名 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 明治　大正  昭和　平成　　　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　 女 |
| 保険者名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 認定結果 | 要支援１　要支援２  要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５ |
| 認定有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| サービス提供  開始（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |

※　「１．基本事項」（表面）は、申請者（開設法人）が記載し、「２．理由（状況等）説明」（裏面）は、担当介護支援専門員が記載してください。

**２．理由（状況等）説明**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入者 | 居宅介護支援事業所 |  |
| 介護支援専門員 |  |
| １.被保険者の概況及び現在のサービス利用状況 | | |
| ２.他のサービス等の検討状況及び当該地域密着型サービス事業所の利用の必要性 | | |
| ３.被保険者の市区町村に所在する地域密着型サービス事業所を利用できない理由 | | |
| ４.当該地域密着型サービス事業者を利用する理由 | | |
| ５.その他の事情等 | | |