

地域密着型サービス事業所の市町外利用等に係る理由書

秋田県 大曲仙北広域市町村圏組合
 管理者 様

地域密着型（介護予防）サービス事業所の利用を希望するので、次のとおり理由書を提出します。

	提出年月日
事業者名	
代表者	職名
	氏名

該当する□（いずれか1つ）を■にしてください。			
区分	<input type="checkbox"/> 組合市町※1に住所を有する者の組合市町間の市町を越える利用 <small>（※1 大仙市、仙北市及び美郷町）</small>	<input type="checkbox"/> 組合市町へ転入後3か月未満の者の利用 <small>（住所地特例対象者が、特定地域密着型（介護予防）サービスを利用する場合を除く。）</small>	<input type="checkbox"/> 組合市町以外に住所を有する者の利用

利用を希望する事業所等	名称			管理者氏名	
	所在地	(〒 -)			
	電話番号		FAX番号		

利用を希望する被保険者	氏名		生年月日	
	被保険者番号		要介護度	
	住所	(〒 -)		

主介護者	住所	(〒 -)		
	氏名		続柄	
			連絡先電話番号	

担当介護支援専門員等 ※2	事業所名			
	氏名		連絡先電話番号	

※2 利用を希望する被保険者の状況を十分に把握している者を記載してください。
 ・例 （介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の利用を希望する場合
 → 居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は利用を希望する（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者

利用を希望するサービス	該当する□（いずれか1つ）を■にしてください。				利用定員等 ※3	利用者の住所地内訳			利用承諾にあたり利用定員等から控除する員数※4
						大仙市	仙北市	美郷町	
□	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	名	名	名	名	名	名	名	
□	夜間対応型訪問介護	名	名	名	名	名	名	名	
□	地域密着型通所介護	名	名	名	名	名	名	名	
□	（介護予防）認知症対応型通所介護	名	名	名	名	名	名	名	
□	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	名	名	名	名	名	名	名	
□	（介護予防）認知症対応型共同生活介護	名	名	名	名	名	名	名	
□	地域密着型特定施設入居者生活介護	名	名	名	名	名	名	名	
□	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	名	名	名	名	名	名	名	
□	看護小規模多機能型居宅介護	名	名	名	名	名	名	名	

※3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、利用契約者数を、（介護予防）小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護については、登録定員を記載してください。

※4 利用定員等のうち、以下の者の合計数を記載してください。
 ・当該事業所が通所介護から地域密着型通所介護へ移行した場合における移行前からの継続利用者
 ・要支援の者が要介護となった場合における総合事業（通所型サービス）からの移行者

※ この別紙は、原則として理由書（様式第1号）に記載された担当介護支援専門員等が記入してください。

記載年月日		別紙記入者の 職・氏名	
-------	--	----------------	--

事業所等の利用を希望するに至るまでの経緯：

--

本人の状況：

--

介護者（家族）の状況：

--

利用に対する担当介護支援専門員等の意見：

--

その他市町外等利用等に関して配慮すべき事項：

--

検討した居住市町内の事業所等（地域密着型サービス以外を含む）名及び検討結果

事業所等名	検討結果

居住市町内の事業所等を検討しなかった場合のその理由

--

地域密着型通所介護又は（介護予防）認知症対応型通所介護を利用希望の場合に記載してください。

利用予定頻度	1か月あたり	回	1週間あたり	回
利用予定曜日	曜日			
送迎予定	<input type="checkbox"/>	家族など	<input type="checkbox"/>	事業所
利用に際して介護支援専門員からの紹介	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
その他の利用予定介護保険サービス				