

地域密着型サービスに係る矢巾町被保険者の
他市町村所在事業所の利用に関する理由書

令和 年 月 日

矢巾町長あて

理由書提出者 住所または
所属事業所 _____
氏名 _____ (続柄 _____)
連絡先電話 _____

利用希望者	住 所	矢巾町									
	氏 名	(男・女)									
	生 年 月 日	大・昭 年 月 日									
	被 保 険 者 番 号	0	0	0	0						
	要 介 護 度 (該当に○をつける)	要介護 1 2 3 4 5									
	認 定 有 効 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
利用希望事業所	事 業 所 名										
	事 業 所 所 在 地	(〒 -)									
	事 業 所 電 話 番 号	- -									
	サ ー ビ ス の 種 類										
	事業所の 過去の利用の有無	<input type="checkbox"/> 現在利用継続中 <input type="checkbox"/> あり (利用時期 年 月 ~ 年 月頃) <input type="checkbox"/> なし									
<p>●利用希望事業所のサービスを必要とする理由</p> <p>(必ずご確認ください)</p> <p>上記事業所において対象者の受入が可能である旨の確認・・・(済 未済)</p>											

※ 裏面の作成要領を参照ください。

●作成要領

介護保険制度における地域密着型サービスは、原則としてその施設がある市町村の被保険者が利用できるものです(介護保険法第78条の2)。

ただし、特別な事情があるときは、特例として事業所所在地市町村長等の同意を得ることで、他市町村の被保険者の利用が可能となります。

1. この理由書は、矢巾町の被保険者が、他市町村所在地の地域密着型サービス等事業所を利用するに際して、事業所所在地の保険者の同意が必要となることから、矢巾町から事業所所在地の保険者に協議を行う際の参考とするため提出いただくものです。

(本理由書の提出を要する場合について)

- ・対象者が初めて町外事業所の利用を希望するとき
 - ・利用中の町外事業所が事業所指定更新時期を迎えたとき
 - ・対象者の要介護度が要支援→要介護1以上になった後も利用継続希望するとき
2. この理由書は本人親族や関係者またはケアマネジャーと相談の上にて作成の上、矢巾町役場健康長寿課長寿支援係へ提出願います。
 3. 利用希望事業所に対しては、所在地市町村の同意があれば対象者の受入れが可能な状況か、予めご確認ください。
 4. 「利用希望事業所のサービスを必要とする理由」欄は、町外事業所を必要とする理由を詳しく記入してください。
 5. 各事業所におかれましては、作成に際し理由書提出者への支援をお願いします。

- ・本手続を行わずに他市町村の地域密着型サービスを利用した場合、介護報酬の支給対象外となり、サービス利用の費用が全額自己負担となる場合があります。ご注意ください。
- ・本理由書手続き後、事業所がすでに矢巾町の指定を受けている事業所であれば、所在地市町村の同意があった後、利用が可能となります。指定を受けていない場合は、事業所にて所定の手続が必要な為、利用可能となる時期が遅れますことを留意願います。
- ・原則、日付を遡っての申請は認められません。お早目に手続・ご相談ください。
- ・事業所所在地市町村の判断によっては、利用同意が得られない場合もあります。その際は他の事業所利用を検討いただくこととなります。

●提出先・お問合せ

〒028-3615

岩手県紫波郡矢巾町大字南矢幅第14地割78番地

矢巾町役場 健康長寿課 長寿支援担当

電話 019-611-2821

FAX 019-698-1214

地域密着型サービスに係る矢巾町被保険者の
他市町村所在事業所の利用に関する理由書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

矢巾町長あて

理由書提出者 住所または 居宅介護支援事業所〇×△
 所属事業所 矢巾町〇〇1-1-1
 氏名 介護 一子 (続柄 ケマシヤー)
 連絡先電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

利用希望者	住 所	矢巾町 〇〇2-2-2									
	氏 名	矢巾 太郎 (男・女)									
	生 年 月 日	大・昭 7年 8月 10日									
	被 保 険 者 番 号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	要 介 護 度 (該当に○をつける)	要介護 1 ② 3 4 5									
	認 定 有 効 期 間	令和2年 4月 1日 ~ 令和3年 3月31日									
利用希望事業所	事 業 所 名	〇×△指定通所介護事業所									
	事 業 所 所 在 地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) □□県〇△市〇〇〇									
	事 業 所 電 話 番 号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇									
	サ ー ビ ス の 種 類	地域密着型通所介護									
	事業所の過去の利用の有無	<input type="checkbox"/> 現在利用継続中 <input type="checkbox"/> あり (利用時期 年 月~ 年 月頃) <input type="checkbox"/> なし									
<p>●利用希望事業所のサービスを必要とする理由</p> <p>これまで独居であったが、高齢で冬場は身の回りのことが大変になり、□□県〇△市在住の子の元に一時的に身を寄せることになったが、子夫婦も就労の為日中不在になる。本人の心身の状況に合った通所サービスを受けられる事業所を検討し、希望。</p> <p>(必ずご確認ください)</p> <p>上記事業所において対象者の受入が可能である旨の確認・・・(<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済)</p>											

※ 裏面の作成要領を参照ください。