　　　　　　　　地域密着型サービスに係る由布市被保険者の

　　　　　　　　他市町村所在事業所の利用に関する理由書

令和　　　年　　　月　　　日

由布市長　殿

理由書提出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護（予防）支援事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用予定者 | 氏名 | |  |
| 被保険者番号 | | （生年月日）明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 住所 | | 由布市 |
| 要介護度 | | 要支援１・要支援２　　要介護１・２・３・４・５  （有効期間　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） |
| 保険者名（番号） | | 大分県由布市（４４２１３７） |
| 利用予定事業所 | サービス種類 | |  |
| 事業所名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 事業者番号 | |  |
| 利用希望日 | | 協議が整い次第 |
| 利用予定事業所のサービスを必要とする理由 | |  | |

作成要領等

１．この理由書は、由布市の被保険者が、他市町村所在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になることから、由布市から事業所所在地の保険者に同意を求めるため提出していただくものです。

２．「利用予定事業所のサービスを必要とする理由」欄は、被保険者本人の心身の状況、市外事業所を必要とする理由を詳しく記入してください。