東海村外地域密着型（介護予防）サービス事業所の利用に関する理由書

東海村長　殿

　下記の理由により，東海村外に所在する地域密着型（介護予防）サービスの利用を希望します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  | 要介護度 |  |
| 理由 | ※利用すると判断した判断理由について具体的に明記してください。 |
| 記入者 | 氏名 |  |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望事業所所在地 |  |
| 利用希望事業所名称 |  |
| 利用希望事業所番号 |  |
| 利用希望サービス名 |  |
| 事業所　担当者名 |  |
| 事業所　電話番号 |  |
| 利用開始日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

※理由書提出前に確認すること※

（確認した場合は□にチェックを入れてください。すべてに該当することが必要です）

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 利用希望している事業所が東海村に指定関係の手続きをする了承を得ている。 |
| □ | 地域密着型サービスは事業所が所在する自治体の住民が原則利用することになっており，通常利用することができないことを利用者や家族に説明し，理解を得ている。 |
| □ | 東海村で指定の手続きが必要なので，東海村の指定基準を満たしていなければ利用できないことを利用者や家族に説明し，理解を得ている。 |

提出はMCSのつながりから東海村介護保険室宛て，もしくはメール(kaigojigyousyo@vill.tokai.ibaraki.jp宛て）でお願いします。メールで送る際は，メールタイトルに「東海村外地域密着型（介護予防）サービス事業所の利用に関する理由書の提出について」と明記してください。