「介護保険被保険者」の障害福祉サービスの利用に係る理由書

「介護保険被保険者」が，障害福祉サービス等を利用する必要がある理由について，下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな | |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 氏名 | |  | | |
| 住所 | |  | | |
| 介護認定　　非該当　　要支援　１　　２　　　要介護　１　　２　　３　　４　　５  担当ケアマネージャー： | | | | |
| □身体障害者手帳　　□療育手帳　　□精神保健福祉手帳　　□難病（　　　　　　　　　） | | | | |
| 障害支援区分　１　　２　　３　　４　　５　なし | | | | |
| 本人の心身の状況 | |  | | | |
| 介護者の状況 | |  | | | |
| 介護保険サービスによる対応の可否 | |  | | | |
| 障害福祉サービスを利用しなければならない事情 | |  | | | |
| 必要とされる  障害福祉サービス | |  | | | |
| 支給希望時間 | |  | | | |
| 今後の方針 | |  | | | |

年　　　月　　　日

事業所名

記載者氏名