

「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、下記のとおりに報告いたします。

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 _____