令和　　年　　月　　日

貝塚市長　様

**現行相当サービス利用理由書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生 年 月 日 |  |
| 住　　　 所 |  |
| 要支援区分等 |  |
| 有効認定期間等 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| ２ | 利用を必要とする現行相当サービスの種類 | |
| * 訪問介護相当サービス * 通所介護相当サービス | |
| ３ | 利用を必要とする理由 | |
| * ①本人の身体的・精神的な状況により、専門的介護が必要なため * ②サービス提供事業所が確保できないため（新規利用者） * ③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ４ | 利用を必要とする具体的な理由  （対象者の状況に応じ、より具体的に記載してください。） | |
| ※「サービス提供事業所が確保できないため」との理由でご提出いただく場合は、受け入れを打診した事業所名の一覧をご提出ください。 | |
|  |  | |
| 上記の内容に相違ありません。 | | |
|  | 令和　　年　　　月　　　日 | |
|  |  | |
|  | 届出者　　法人名称 | |
|  | 事業所住所 | |
|  | 事業所名称 | |
|  | 代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞ | |