**他市町村被保険者利用理由（状況等）説明書**

　　年　　月　　日

南さつま市長　様

他市町村の被保険者が当該事業所を利用するにあたり、当該事業所が当該他市町村の長に指定を申請することについての理由及び状況は、以下のとおりです。

**１　基本事項**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 |  | | | | |
| 事業所名 | 印 | | | | |
| 所在地 | 南さつま市 | | | | |
| 電話番号 |  | | 担当者名 |  | |
| Email |  | | | | |
| 運営規程に定めた定員 |  | | | | |
| 利用開始予定時利用者数 |  | うち他市町村被保険者数 | | |  |

**２　サービス利用希望者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 介護保険  被保険者番号 |  |
| 利用者氏名 | |  |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住所 | 住民票上の住所 |  | | |
| 住民票と異なる場合の実際の住所 |  | | |
| 保険者名 | |  | | |
| 利用予定時点要支援・要介護度 | |  | | |
| 認定有効期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 利用開始予定日 | | 年　　　月　　　日 | | |

**３　理由（状況等）説明**

1. 現在の被保険者の状況及びサービスの利用状況
2. 他のサービスとの検討状況及び当該地域密着型サービスの利用の必要性
3. 被保険者の住所地に所在する地域密着型サービス事業所を利用できない理由
4. 南さつま市地域密着型サービスを利用する理由
5. その他の事情等