介護保険認定者等の障害福祉サービス利用に係る理由書

大分市長　　殿

事業所名

代表者名

（担当者・連絡先　　　　　　　　　）

下記の対象者について、本来介護保険が優先でありますが、障がい特性により障害福祉サービスの利用が適切と考えられますので、次のとおり届け出ます。

１、基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 対象者氏名 |  |
| 手帳 | 身体障害者手帳　（　　　　級）  療育手帳　（　　　　　）  精神保健福祉手帳　（　　　　級） | 障害支援区分 | 有（　　　　）・　無 |

２、利用希望サービス

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種別 | 利用予定施設名 |
| 施設入所支援　・　共同生活援助 |  |

３、本人の状況（生活や家族の状況等を詳しく記載すること）

|  |
| --- |
|  |

４、障害福祉サービスを希望する理由（本人の障がい特性を併せて記載すること）

|  |
| --- |
|  |

５、本人への具体的な支援内容

|  |
| --- |
|  |

６、本人・家族の意向

|  |
| --- |
|  |

７、介護保険制度等の検討状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 非該当 | 要支援　１・２ | 要介護　１・２・３・４・５ |
| 特別養護老人ホーム、介護保険のグループ、有料老人ホーム、養護老人ホーム、生活支援ハウス、軽費老人ホーム等の検討状況を記載してください。 | | |