介護給付費支給申請にかかる理由書

|  |
| --- |
| 　　　花巻市福祉事務所長　様　　下記被保険者において、下記理由により介護給付費支給が必要であると認められることから、理由書を提出いたします。　　　　　 　　年 　　月 　　日　　　　　　　　　　　　　在宅介護支援事業所　　　　　　　　　　　　　在宅介護支援専門員等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| フリガナ被保険者氏名(身体障害者) | 　　　　　　　　　 　　　  | 性別男・女 | 保険者番号 | ０ | ３ | ２ | ０ | ５ | ２ |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　 　　年 　　月 　　日 | 要介護（支援）度 |  |
| 住所 | 花巻市 |
| 身障手帳番号 | 岩手県　第　　　　　　　　　号（ 　　　 　　年 　　月 　　日交付 ） |
| 障害名 |  |
| 必要とする申請内容 | １ 居宅介護 　　２ 生活介護 　　３ 短期入所 　　４ その他（　　　　　　　　　　） |
| 介護給付費申請が必要な理由 |  １　障害者の障害的な特性から介護保険では対応が難しいと考えられ、障害者施設の利用が 　適当であるため。 ２　障害者の支援内容が、介護保険利用の上限を超えることにより介護給付費を利用したい。 ３　その他 |
| 〔具体的理由〕 |
| その他 |  |

* 具体的理由には障害者状況など介護給付費の支給が必要となる理由、必要とする支援種類・支給量について記載

願います。