（様式７－２）

令和　　年　　月　　日

松戸市長

事業者名

所在地

　　　　　　代表者　　　　　　　　印

理由（状況等）説明書

松戸市介護保険被保険者が当該事業所を利用するにあたり、当該事業所が松戸市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

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
|  | 代表者名 |  |
| 主たる事業所の所在地 |  |
| 事業所名 |  |
|  | 所在地住所 |  |
| 代表者名 |  |
| 指定を受けようとする事業の種類 |
|  |  |
| 指定（更新）年月日 |
|  | 当初指定 | □松戸市指定（平成・令和　　年　月　日） |
| 当該他市区町村の指定有効期間満了日 | □最初の指定更新前：令和　年　月　日□更新による指定有効期間満了日：令和　年　月　日 |
| 松戸市の指定 | （平成18年4月1日以降の松戸市の被保険者に係る指定）□有（指定：平成・令和　年　月　日）　　□無○「有」の場合、指定有効期間満了日（令和　年　月　日） |

　※「松戸市の指定」の記載方法

当該他市区町村地域密着型介護サービス事業所について、平成18年4月1日以降に松戸市の被保険者が利用することにより松戸市長が指定した場合に「有」に☑とする。

なお、最初の当該指定の後に、さらに別の松戸市の被保険者が利用した場合があっても、最初の指定について記載すること。

　　例）○○事業所

Ａさん　平成18年4月1日

　　　　Ｂさん　平成25年4月1日

　　　　※○○事業所については、「松戸市の指定」の指定日は、

平成18年4月1日を記載します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者名 |  |
|  | 住所 | 松戸市 |
| 生年月日・性別 | 　　年　　月　　日 |
| 保険者名 | 松戸市 |
| 被保険者番号 |  |
| 要支援・要介護度（利用予定時点） |  |
| 認定有効期間 | 平成　　年　月　日～令和　　年　月　日 |
| サービス提供開始（予定）日 | 令和　　年　月　日（　） |

２．理由（状況等）説明

(1)　被保険者の概況及び現在のサービス利用状況

(2)　他のサービス等の検討状況及び当該地域密着型サービス事業所の

利用の必要性

(3)　松戸市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)　当該他市区町村地域密着型サービスを利用する理由

(5)　その他の事情等

事業所名

担当者（連絡先）

　氏名（職名等）

　電話番号

　Fax番号

　E-mail