**〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕が必要な理由書**

作成日　　　　　年　　　月　　　日

下記の状況から〔　　　　　　　　　　　　　〕が必要とされるが、保険給付の可否はいかがか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 性　　別 | 男　・　女 | 生　年　月　日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者住所 | 石巻市 |
| 要　介　護　度 |  | 備　　　考 |  |
| 担当支援事業所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　（　　　）　　　　　　(担当介護支援専門員：　　　　　　　　　) |
| サービス事業所 |  |
| 身体状況等 |  |
| 家族状況等 |  |
| 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕の具体的内容 |
| 受　理　印 | 市回答欄　　　　　　　　　　　　　　　：　　保険給付担当　　　㊞ |
|  | 上記理由書に基づく保険給付については　承認　・　不承認　と致します。理由：　　　　　　　　　　　　　　　石巻市保健福祉部介護福祉課長 |

* **サービス担当者会議の要点、ケアプラン及びサービス利用票の写しを添付してください。**