「介護保険被保険者」の障害福祉サービスの利用にかかる理由書

八代市長　　殿

相談支援事業所名

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 |
|  |  |

３、本人の状況（生活や家族の状況等を記載すること）

|  |
| --- |
|  |

４、障害福祉サービスを希望する理由（障がい特性について詳しく記載すること）

|  |
| --- |
|  |

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及び相談した職員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属・氏名 | 基幹相談支援センター、地域包括支援センター等 | |
| 非該当 | 要支援　１・２ | 要介護　１・２・３・４・５ |
| 住まい：特別養護老人ホーム、介護保険のグループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、生活支援ハウス、軽費老人ホーム等の検討、見学の状況を記載してください。日中活動：検討、見学の状況を記載してください。 | | |

介護保険優先の原則について下記の場合は、障害福祉サービスの利用が可能です。

1. 支給量が介護保険サービスのみによって確保することができない場合
2. 利用可能な介護保険サービス事業所又は施設が身近にない、利用定員に空きがない場合
3. 介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、介護保険サービスを利用できない場合（非該当の場合等）
4. 市が必要と認めた場合（例：強度行動障がい、地域移行支援事業を利用した者等）

※65歳以上の身体障害者が共同生活援助を利用するにあっては、65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限ります。

介護保険サービスに相当するものがない障害福祉サービス固有のもの（※）と認められるサービスについては、障害福祉サービスの利用が認められています。

【※同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等】

参考資料：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意 事項及び運用の具体例等について