**（※介護支援専門員用）**

富士吉田市指定地域密着型サービスの適正利用に関する基本方針

第３条第２項の規定に定める理由書

　　年　　月　　日

富士吉田市長　様

所在地

法人名

事業所名

介護支援専門員氏名

様が　　（事業所名）　　　の利用を行うにあたり、「富士吉田市指定地域密着型サービスの適正利用に関する方針第３条第２項の適用を必要とする理由は以下のとおりです。

|  |
| --- |
| 適用が必要な理由 |
|  |

※住民登録の状況や本人・家族の状況、現状に至る経緯、地域密着型事業所の利用が必要な理由等、担当介護支援専門員の立場から具体的に記載をしてください。また、必要に応じて資料を添付してください。