

(様式第2号)

住民登録異動（転入）による羽曳野市内所在地域密着型サービス利用

理由（状況等）説明書

羽曳野市以外の市町村の被保険者が、羽曳野市（地域密着型サービス事業所の所在地又は利用者の家族の住所地等）に転入をして当該事業所を利用することの理由及び状況は、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		
管理者名		
対象となる利用者		
住所		
氏名		
保険者名及び保険者番号	()	
被保険者番号		
要支援・要介護度（入居予定時点）		
現在のサービス利用状況		
現在の住民登録の状況		
現在の住民登録		
種別（該当の□内にレ）	<input type="checkbox"/> 居宅（ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 独居） <input type="checkbox"/> 介護保険施設（ ） <input type="checkbox"/> その他の施設（ ）	
転入による利用開始（予定）日		
転入後の住民登録の状況		
羽曳野市の住民登録		
種別（該当の□内にレ）	<input type="checkbox"/> 居宅（ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 独居） <input type="checkbox"/> 利用する地域密着型サービスの所在地	
住民登録日		

(様式第2号)

2. 理由（状況等）説明

○地域密着型サービス事業者の記載欄

(1) 利用者の保険者である市町村に所在する地域密着型サービスを利用できない理由

(2) 羽曳野市に所在する地域密着型サービスを利用する理由

(3) その他の事情等

○被保険者（利用者）の担当ケアマネジャー等の記載欄

(1) 利用者の保険者である市町村に所在する地域密着型サービスを利用できない理由

(2) 羽曳野市に所在する地域密着型サービスを利用する理由

(3) その他の事情等

居宅介護支援事業所名 _____
担当介護支援専門員名 _____
連絡先 (Tel _____)
(Fax _____)

羽曳野市長 様

年 月 日

申請者（指定申請者）

所在地

名称

代表者の職及び氏名

担当者（連絡先） _____
氏名（職名等） _____
電話番号 _____
Fax 番号 _____
E-mail _____

《備考（記載にあたっての留意事項等）》

1. 基本事項

地域密着型サービスは、原則として、当該市町村の被保険者のみが保険給付の対象となります。例外的な取扱いとして、「他の市町村の長による指定制度」を運用することとなります。

よって、羽曳野市以外の他の市町村から転入（住民票の異動）をして、羽曳野市内に所在する地域密着型サービスを利用することは、原則としてこれを認めない取扱いとすることを基本としています。

ただし、利用者及び家族の事情により、やむを得ないと判断できる場合には、転入による地域密着型サービスの利用を認めるものとします。

2. 転入による利用がやむを得ないと判断する場合

(1) 前住所地の市町村における転居の検討を行うこと

現在の居住地に住民登録を継続することができない等により、住民登録の変更がやむを得ない場合においても、羽曳野市内に所在する地域密着型サービスを利用するために羽曳野市に転入することにより利用をする前に、必ず、現住所地の市町村に所在する地域密着型サービスの利用を検討する（当該市町村に所在する地域密着型サービス事業所に住民登録する、又は当該市町村に居住する家族宅に住民登録する等）ことが必要です。

(2) 羽曳野市内に所在する地域密着型サービスの利用の理由等の状況が適切であること。

羽曳野市内に所在する地域密着型サービスの利用が必要となる明確な理由が存在し、これが適切であることが必要となります。

(3) 転入による利用がやむを得ないと判断する事例

(例)

- ・ 羽曳野市に所在する有料老人ホーム等に入居し、当該施設に住民登録をしている場合で、他の市町村に家族等もおらず、羽曳野市に家族がいる場合又は身寄りの家族がいない場合等（なお、この場合でも、保険者である市町村に所在する地域密着型サービスの利用の検討を行うことが前提となります。）
- ・ 他の市町村に所在する公営住宅等の賃貸住宅に居住していたところ、認知症が進行する等により認知症対応型共同生活介護等の利用が必要となったが、当該他の市町村に家族等もおらず、羽曳野市に家族がいる場合又は身寄りの家族がいない場合等（なお、この場合でも、住民登録のある市町村に所在する地域密着型サービスの利用の検討を行うことが前提となります。）

2. 理由（状況等）説明

「○地域密着型サービス事業者の記載欄」又は「○被保険者（利用者）の担当ケアマネジャー等の記載欄」に、以下の点に留意して記載して下さい。

(1) 利用者の保険者である市町村に所在する地域密着型サービスを利用できない理由

(例)「○○市内に、認知症高齢者グループホームがないため。」「○○市にある、認知症高齢者グループホームの利用定員が一杯であるため。」

(様式第2号)

※「〇〇市内のグループホームより、□□市内の当該グループホームの方が、利用料金が安いため」、「知り合いの紹介のため」、「かかりつけの医療機関と同法人の事業者であり心安いため」などは、適当な理由となりません。

(2) 羽曳野市に所在する地域密着型サービスを利用する理由

(例)「利用者は、〇〇市内の賃貸住宅に入居（住民登録：〇〇市）していたが、もともと羽曳野市の住民で、家族も羽曳野市に所在し、〇〇市には、生活の拠点も、家族もないため」

※「被保険者の住所が、羽曳野市内の当該グループホームに近い」などは、適当な理由となりませんが、利用者の住所地や当該施設等が設置されている地理的な状況については、記載して下さい。

(3) その他の事情等

(1) (2) 以外でやむを得ないと考えられる事情があれば記載して下さい。