大津町介護保険課長　様

**休業要請又は自主的な休業をしていない通所事業所における**

**代替的なサービス提供に関する理由書**

**事業所名**

〇通常のサービス内容

◎代替的なサービス内容

◎利用料について

　（通常のサービス）　　　　　　　　　　（代替的なサービス）

◎代替的なサービスを提供（利用）する理由

　以上の内容に、同意して代替的なサービスを利用します。

　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　利用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　（家族等代筆者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　担当介護支援専門員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞