

訪問介護（通院等乗降介助）同乗許可理由書

かつらぎ町長 様

当該被保険者が、次の理由により訪問介護(通院等乗降介助)利用時に同乗者を必要としますので申出します。

年 月 日

居宅介護 (介護予防) 支援事業者名						担当者氏名														
被 保 険 者	氏 名						被保険者番号													
	住 所	〒 ー					電 話 ()							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)																		
	要介護度	・申請中 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5																		
	有効期間	年 月 日 ~					年 月 日													
	同乗家族氏名						被保険者との関係													
	同乗家族住所	〒 ー																		

通院等乗降介助を 必要とする理由	
同乗が必要な理由	
同乗者の心身の状態	
※同乗者が乗降介助を 行える場合は、訪問介護 (通院等乗降介助)の利 用ができません。	

【添付書類確認】

介護タクシー(通院等乗降介助)同乗許可理由書 居宅サービス計画書(1)・(2)

上記の件について、申出のありました訪問介護 (通院等乗降介助)への同乗について、必要 性を確認しました。	基本調査票の確認	保険給付開始日	決 裁
	有 ・ 無	年 月 日	
	主治医意見書の確認	決定日	
有 ・ 無	年 月 日		

【事務処理欄】

当該申出について、訪問介護(通院等乗降介助)への同乗を 承認 ・ 不承認 としてよろしいかお伺いします。

課 長	補 佐	係 長	係	

担当者への連絡 年 月 日 ()