介護サービスを必要とする理由書

かつらぎ町長　様

当該被保険者の居宅（介護予防）サービス計画に介護サービスを位置づけることについて、以下のとおり申出します。

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	〒　　－ 電話（　　）		
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）		
	要介護度	・申請中　・要支援1　・要支援2　・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		
必要な介護サービスの種類		1　訪問介護における院内介助 3　訪問介護員の介護タクシー同乗／院内介助	2　訪問介護員の散歩／買い物等の同行 4　通所リハビリ／訪問リハビリの併用	
医療機関で院内介助が得られないことを確認した事項 （※訪問介護における院内介助のみ記載）		・医療機関名（担当）　： ・確認日　：　年　月　日 ・体制の有無　：有　・　無 ・確認事項　：		
サービスの必要な理由 （※本人・家族・介護者等の生活状況及び心身の状態及び等をふまえて記入してください。） ※訪問介護のおける院内介助利用については、家族の介護体制及び具体的な介助内容／所要時間も記載してください。				

【添付書類確認】

- □　介護サービスを必要とする理由書　□ 居宅サービス計画書（1）・（2）
- □　週間サービス計画表　□ サービス担当者会議の要点
- □　サービス提供実績（様式の指定は特になし）※事後報告

訪問介護における院内介助申出時のみ

	基本調査票の確認	保険給付開始日	決　裁
上記の件について、申出のありました介護サービスの利用について、その必要性を確認しました。	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、介護サービスの利用を　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	合　　議

担当者への連絡　　年　　月　　日（　　）