特別給付（通院等乗降介助）が必要な理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　　用　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年齢 |  | 歳 | 生年月日 | 明  大  昭 |  | 年　　　月　　　日 | | 性別 | □　男  □　女 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 要介護認定  （該当に○） | | 要支援 | |  | | |
| １　・　２ | |  | | |
| 住　　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作　　　成　　　者 | 資　　　　格 | □包括支援センター職員  □介護支援専門員  □その他（　　　　　　　　） | | 作成日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 所属事業所 |  | | | | |
| 氏　　　　　名 |  | | | | |
| 連絡先(電話・FAX) |  | | | |  |
| 包括担当者 | 包括支援センター担当者の確認が必要です。  ※作成者が包括支援センター職員の場合を除く。 | | 確認日 | | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 所属包括 | （　東部 ・ 西部 ・ 南部 ・ 北部東 ・ 北部西　）地域包括支援センター | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 連絡先(電話・FAX) |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者 | 確認日 | 令和　　年　　月　　日 | 確認印 |  | □利用者基本情報  □アセスメントシート  □入院期間が分かる書類（医療機関の領収書など）  その他  （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特　別　給　付  （通院等乗降介助）の  利用条件該当確認  ※該当するものにレ点を付してください。 | * 医療機関に30日以上入院した方が、新規申請により要支援認定を受け、居宅から病院受診する場合。（退院日から３か月以内に限る。） * 医療機関に30日以上入院した要支援認定者が、介護申請により要支援認定を受け、居宅から病院受診する場合。（退院日から３か月以内に限る。） * 通院等乗降介助を現に利用している要介護認定者が、更新申請により要支援認定を受け、なお通院等に介助が必要な場合。（変更後の有効期間開始日から３か月以内に限る。） | |
|
| 介護の状況  及　び  通院等乗降介助が  必要な理由 |  | |
| 現在の通院等の状況  又　は  利　用　の　想　定 | 通院先  ※病院名等を  ご記入ください |  |
|  |
|  |
| 通院等乗降介助を  使う頻度 | （ 一週 ・ 一月 ）あたり　　　回  ※片道で１回とカウントしてください。 |