様式第１号（第５条関係）

特別給付（通院等乗降介助）が必要な理由書

（宛先）桑名市長

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 作　　　成　　　者 | 資　　　　格 | □指定介護予防支援事業者□指定居宅介護支援事業者□その他（　　　　　　　） | 作成日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 所属事業所 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 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。※作成者が指定介護予防支援事業者である場合を除く。 | 確認日 | 　　　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 | 　　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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 通院等乗降介助サービスの利用事由※該当するものにレ点を付してください。 | * 医療機関に30日以上入院した後、当該医療機関から居宅に退院した場合。（当該入院をした日以後に行った要介護認定等の申請によって、利用者が要支援認定を受けた場合に限る。）
* 要介護被保険者が、要支援認定を受けた場合。（利用者が当該要支援認定を受けた日の属する月において、通院等乗降介助の提供を受けている場合に限る。）
 |
|
| 介護の状況及　び通院等乗降介助サービスが必要な理由 |  |
| 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。 |