

院内介助申出書

力ナ			申出日	年 月 日																
氏名	男・女 年 月 日生 ( 歳)		担当事業所																	
			担当者																	
認定状況	被保険者番号	要介護( )	認定期間	年 月 日～ 年 月 日																
家族の状況	家族構成 _____																			
	特記事項等 _____																			
本人の状況	_____																			
	_____																			
	_____																			
	_____																			
	_____																			
身体障害者手帳	無・有	種 級 障害名:																		
療育手帳	無・有	OA ・ A ・ B ・ C																		
精神保健福祉手帳	無・有	1級 ・ 2級 ・ 3級																		
受診歴	受診機関名	受診頻度/月	具体的な介助内容等																	
通院時の一日の流れ	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:12.5%;">6</td> <td style="width:12.5%;">9</td> <td style="width:12.5%;">12</td> <td style="width:12.5%;">15</td> <td style="width:12.5%;">18</td> <td style="width:12.5%;">21</td> <td style="width:12.5%;">24</td> <td style="width:12.5%;">3</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				6	9	12	15	18	21	24	3								
	6	9	12	15	18	21	24	3												
担当者の所見	_____																			
	_____																			
	_____																			
	_____																			
	_____																			

※居宅サービス計画書第1表～第4表、要支援者の場合は、介護予防方針計画に係る関連様式(サービス担当者会議記録を含む)を添付してください。

※更新申請等により要介護状態区分が変更になった場合や、居宅介護支援事業所を変更した場合は、再度申出書を提出してください。

<b>厳守事項</b>	単なる待ち時間や、単なる付き添い時間、診察時間については、算定対象となりませんので、留意してください。 また、申出のやりとり等を経過記録に記載しておくこと。
-------------	---