

特例生活支援確認依頼書

年 月 日

神石高原町保健福祉課長 様

次の被保険者に対する特例生活支援（訪問前買い物）について、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、対象者に必要であると判断したので、次のことについて確認を依頼します。

フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名												
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定申請中	認定期間	年 月 日～ 年 月 日									
サービス開始予定年月日	年 月 日											
※サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントで特例生活支援（訪問前買い物）が特に必要である判断												
サービス担当者会議開催日	年 月 日											
特例生活支援が必要な理由	(具体的な内容を記入してください)											
確認書類・添付書類	<input type="checkbox"/> 第1表居宅サービス計画書(1)の写し <input type="checkbox"/> 第4表サービス担当者会議の要点の写し <input type="checkbox"/> その他()											
確認を依頼する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所												
事業所名		事業所番号										
事業所所在地 〒												
担当者氏名		印		連絡先()								

(保険者確認欄)

1) 確認結果: <input type="checkbox"/> 確認可 <input type="checkbox"/> 確認不可		2) 確認日: 年 月 日		3) 確認者:	
(必須項目) <input type="checkbox"/> 単身、家族が障害・疾病などのため本人や家族が家事を行うことが困難な場合であるか。 <input type="checkbox"/> 所要時間が概ね1時間以上であるか。推定所要時間(分)			(確認を不可とした理由) <input type="checkbox"/> 単身世帯等でない。 その他() <input type="checkbox"/> 所要時間が概ね1時間未満である。 推定所要時間(分)		
(補足項目) <input type="checkbox"/> 主治医意見書における障害高齢者の日常生活自立度がA1以上であるか。 (参照資料: 年 月 日作成意見書: A1・A2・B1・B2・C1・C2) <input type="checkbox"/> 主治医意見書における認知症高齢者日常生活自立度がⅡa以上であるか。 (参照資料: 年 月 日作成意見書: Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M)			<input type="checkbox"/> 左記の自立度がA1未満である。() (参照資料: 年 月 日作成意見書) <input type="checkbox"/> 左記の自立度がⅡa未満である。() (参照資料: 年 月 日作成意見書)		