|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 保険者番号 | |  |  | |  |  | 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| 被保険者氏名 | |  | | | 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | 性別 | | 男　　・　　女 | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | 電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定区分 | | □要支援１　　□要支援２　　□総合事業対象者　　□申請中（新規・変更） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | | 年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用を必要とする従前相当サービスの種類 | | □訪問型サービス（利用開始予定日　令和　　年　　月　　日）  □通所型サービス（利用開始予定日　令和　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用を必要とする理由 | | □認知機能の低下や精神・知的障がいにより日常生活に支障がある症状や行動をともなうため  □退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要なため（３ヶ月後に見直し、上限６ヶ月まで）  □医療依存度の高い疾患（透析、インスリン治療、難病、脳血管疾患、在宅酸素、精神的不安定等継続観察の必要）のため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 専門職による支援が必要とする具体的な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | □利用者基本情報　※必須  □介護予防サービス支援計画表　※必須  □診療情報提供書等の病状が確認できる書類　※主治医意見書にて病状が確認できない場合 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 栗東  栗東西  葉山 | 地域包括支援センター　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従前相当サービスの利用が必要な理由は上記のとおりです。  令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 居宅介護支援事業所名 | | | 印 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | |

**従前相当サービス利用理由書**

地域包括使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承認　・　不承認 | センター長 |  |  |
|  |  |  |