|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  □①主治医意見書「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の方  □②主治医意見書の次の項目のいずれかに該当の方   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ３-（３） | 認知症の行動・心理症状（BPSD） | 有 | | ３-（４） | その他の精神・神経症状 | 有 |   　　　　※主治医意見書は介護認定判定時のもの。  □③医師の意見で、上記①、②と同程度の症状があると認められる方  □④精神障がい者保健福祉手帳または療育手帳を所持している方  □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）  　・骨折等の事情も含まれます。  □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  　・悪性腫瘍、関節リウマチ、オストメイトも含まれます。  　・精神的不安定等とは、自立支援医療（精神通院医療費）または医師の意見がある方。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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書　※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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確　認 | センター長 |  |  |
|  |  |  |