

(別紙様式1)

院内介助における例外給付確認申請書

年 月 日

対馬市長様

下記により、院内介助における例外給付確認申請書を提出します。

☆基本情報

被保険者	氏名		被保険者番号																	
	住所		生年月日				M.T.S			年			月							日
	要介護度		認定有効期間							年			月							日

居宅介護(介護予防)支援事業者名		
計画作成担当者		電話番号
訪問介護事業所名(予定)		
院内介助が必要 と思われる理由	疾病等	
	心身の 状況等	

※「疾病等」の欄は、主治医意見書、医師の診断書から転記すること。

※「心身の状況」については、できるだけ詳細に記入すること。

☆サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント

サービス担当者会議	開催日		平成		年		月		日
	検討内容								

※ 必須添付書類：サービス担当者会議等の意見の要約された書類