

介護予防通所介護及び総合事業通所介護利用回数確認申請書
(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

潮来市長 様

申請年月日 年 月 日

担当介護 支援専門員		事業所名	
事業所住所	〒 _____ 電話番号 _____		

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおいて利用回数の確認が必要な為、次のとおり申請をします。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者 氏名	男 女	生年月日 (年齢)	明・大・昭 年 月 日 歳
被保険者住所	〒 _____ 電話番号 _____		
認定情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 (有効期限 年 月 日～) <input type="checkbox"/> 要支援1 (有効期限 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 要支援2 (有効期限 年 月 日～ 年 月 日)		
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> 通所介護() <input type="checkbox"/> 通所リハビリ() <input type="checkbox"/> その他()		
通所介護が 週2回必要 な理由	<input type="checkbox"/> 退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられる <input type="checkbox"/> その他(具体的理由)		

保険者 記入欄	算定：可 ・ 否 確認日： 年 月 日
------------	------------------------

■申請添付書類：サービス計画書、利用票、サービス担当者会議録