

## 介護給付費の算定対象となる院内介助の利用に関する申出書

鴨川市長 様

下記のとおり申し上げます。

令和 年 月 日提出

被保険者番号	0 0 0	住 所	
氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日
代 筆 者 (続 柄)	( )	院内介助の 提供が対象 となる医療 機関名	
要介護度 (* 1)	要介護 1・2・3・4・5	認定期間 (* 1)	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日
居宅介護支援 事業所名		担当介護支 援専門員 (* 2)	

上記枠内の記載事項に変更が生じた場合は、再度提出してください。

(\* 1) 欄の変更は、提出不要

(\* 2) 欄について、同じ居宅介護支援事業所内の変更は、提出不要

1 院内介助が必要な理由を記入してください。(詳細な理由は、以下の2で記入するため、この欄は概略を記入)

2 以下の条件が、全て該当となるかを確認してください。該当項目にチェック☑を入れてください。

心身の理由により、ひとりで院内の移動等が困難である。

理由

例) 認知症を患っており、徘徊がみられるため。

家族等の付添いができない状況である。

理由

例) ・独居であり、近親者が遠方に住んでいる。

・対象者の心身状況が、家族では対応不可能なため

- 病院等のスタッフによる介助ができない状況である。要請したが、対応ができない旨の確認を行い、その理由は以下のとおりである。

確認日 令和 年 月 日

確認した者 担当介護支援専門員 ・ その他 ( )

\*対象者または家族等が確認することはできません。

理由

[ ]

例) ・介助の体制が整っていない。

・対象者の心身状況が、病院のスタッフでは対応不可能なため

- 社会資源がない。(ボランティア、地域の福祉サービス等)

理由

[ ]

例) ・対象者の心身状況が、ボランティアでは対応不可能なため

- 上記が、全て該当したうえで、関係者によるサービス担当者会議を開催した。(必要性を再確認し、情報共有した)

- 3 下記の添付書類を提出してください。

ケアプラン(院内介助が必要な理由を記入)

サービス担当者会議の記録(院内介助の必要性を協議した旨が記録されたもの)

その他参考となるもの

---

\* 保険者記入欄 (主治医の意見書と認定調査票)

・ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ( )

・ 認知症高齢者の日常生活自立度 ( )

・ その他付記事項

[ ]