

訪問介護（通院等乗降介助）同乗許可理由書

那賀町長 様

当該被保険者が、次の理由により訪問介護（通院等乗降介助）利用時に同乗者を必要としますので申出します。

令和 年 月 日

|                          |        |                                    |  |  |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--------|------------------------------------|--|--|--------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 居宅介護<br>(介護予防)<br>支援事業者名 |        | 担当者氏名                              |  |  |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者         | 氏 名    |                                    |  |  | 被保険者番号 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 住所     | 〒 - 電話( )                          |  |  |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 生年月日   | 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)                   |  |  |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 要介護度   | ・申請中 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5 |  |  |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 有効期間   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                |  |  |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 同乗家族氏名 |                                    |  |  |        | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 同乗家族住所 | 〒 -                                |  |  |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |
|---|--|
| 通院等乗降介助を<br>必要とする理由   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| 同乗が必要な理由  |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| 同乗者の心身の状態<br><br>※同乗者が乗降介助を<br>行える場合は、訪問介護<br>(通院等乗降介助)の利<br>用ができません。 |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

【添付書類確認】

介護タクシー(通院等乗降介助)同乗許可理由書  居宅サービス計画書(1)・(2)

|  |           |          |     |
|--|-----------|----------|-----|
| 上記の件について、申出のありました訪問介護<br>(通院等乗降介助)への同乗について、必要<br>性を確認しました。 | 基本調査票の確認  | 保険給付開始日  | 決 裁 |
|  | 有 ・ 無     | 平成 年 月 日 |     |
|  | 主治医意見書の確認 | 決定日      |     |
|  | 有 ・ 無     | 平成 年 月 日 |     |

【事務処理欄】

当該申出について、訪問介護(通院等乗降介助)への同乗を 承認 ・ 不承認 としてよろしいかお伺いします。

|    |    |    |   |  |
|----|----|----|---|--|
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |  |
|    |    |    |   |  |

担当者への連絡 令和 年 月 日 ( )