**介護給付算定相談票**

令和　　年　　月　　日

大山町長　様

居宅介護支援事業所　住　　　所

事業所名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 被保険者氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| 介　護　区　分 | 要支援１　 ・ 　要支援２　 ・ 　要介護　１　 ・ 　２　 ・ 　３　 ・ 　４　 ・ 　５ | | |
| 被保険者住所 | 大山町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　　　-　　　　- | | |
| 介護支援専門員 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　-　　　　- | | |
| 世　帯　状　況 | １人暮らし  同居家族あり（高齢者　　　虚弱　　　障害者　　　その他　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  家族関係で気がついたこと（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | |
| 希望する介護ｻｰﾋﾞｽ種類 | ≪提出必須項目≫  ・軽度者に対する福祉用具貸与＊１　　　　　　　　　　・通院介助＊２  ・認定有効期間の概ね半数を超える短期入所 　・同居家族がいる場合の生活援助  ・短期入所先への貸与福祉用具の持ち込み | | |
| ・同一の福祉用具の２点以上貸与　　　・自立生活支援のための見守り的援助  ・通所リハビリと訪問リハビリの併用　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 希望する介護ｻｰﾋﾞｽ内容（回数・時間等の内容と単位） |  | | |
| その他特記事項（ｻｰﾋﾞｽ提供の必要性について具体的に記入） |  | | |

添付書類　利用者に関するその他必要資料

＊１ 医師の所見確認には福祉用具貸与理由書が必要です　＊２ 通院介助援助内容確認シートが必要です

●　町可否判定欄　（記入しないでください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 判定内容（ｻｰﾋﾞｽの導入について） | 判定 | 可否判定日　　令和　　年　　月　　日 | 担当印 | 課長補佐印 | 課長印 |
|  |  |  |  |
| 可 |
| 否 |