第２号様式（第６条関係）

訪問介護サービスにおける生活援助算定の確認申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |
| 被保険者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 |  |
| 要介護状態区分等 | 要介護（　　　）・　要支援（　　　）　・事業対象者 |
| 認定有効期間 | 　　　　年　　月　　日　　から　　　　　　年　　月　　日 |
| 障害者手帳 |  |
| 診断名 |  |
| 申請理由（住居の状況・家族等の障害、疾病等の状況を含む） |  |
| 座間市長殿　上記のとおり訪問介護サービスにおける生活援助算定の確認を申請します。　　年　　月　　日申請者（事業所所在地・名称）住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員等氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※被保険者の要介護区分等が要介護の場合は介護保険課、事業対象者又は要支援の場合は長寿支援課へ提出すること。

第３号様式（第６条関係）

訪問介護サービスにおける生活援助算定確認通知

　　　　年　　月　　日

申請者　　　　　　　　　　　　　　　様

座間市長　　　　　　　　印

　　　　年　　月　　日付けで、申請のありました訪問介護サービスにおける生活援助算定について次のとおり確認しましたので、通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 要介護状態区分等 | 要介護（　　　）・　要支援（　　　）・　事業対象者　 |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 確認内容 |  |
| 算定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |

※この確認は個別性のあるものであり、類似する事例全てに反映することはできないことを申し添えます。