**通院等乗降介助における家族の同乗についての確認申請書**

鹿嶋市長　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　　　　　　　　　　　　　　 |

通院等乗降介助において家族の同乗が必要な為、次のとおり申請をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏　名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住　所 | 　鹿嶋市 |
| 介護度 | 　　　　　　　　　　　（有効期限　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日） |
| 家族構成 |  | 家族の状況…健康状況等 |
| 同乗する家族 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　） |
| 住所 | * 利用者と同じ
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 理由 | 家族が乗降介助ができる状況ではないが，通院には同行しなければいけない具体的理由を書くこと |

* **添付書類**居宅サービス計画書（第1、2表）、週間サービス計画表(第3表)、サービス担当者会議の内容