

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	<u>家族の状況</u> …健康状況等		
同乗する 家族	氏名	続柄 ()	
	住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> 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