**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