様式第１号（第３条、第5条関係）

通院・院内介助が必要な理由書

作成日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者住所 | 鰺ヶ沢町大字 | | |
| 要介護度 | 要介護 | 担当介護支援  専門員 |  |
| 通院先 |  | 診療科 |  |
| 身体の状況 |  | 家族の状況 |  |
| 概況  〔通院・院内〕介助が必要な具体的理由（身体状況・精神状況・家族状況等）  自宅からの経路及び具体的利用方法  ※身体介護を算定するには必ず自宅からの継続した介護が必要であり、病院間移動は算定不可です。  ※経路・通院方法は、具体的に明記してください。訪問介護員の氏名も記載すること。  以上の理由から通院・院内介助が必要なので、保険給付を認めていただきたい。 | | | |
| 町回答欄  上記理由書に基づく保険給付に関してはこれを　認める。認めない。  理由：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  鰺ヶ沢町長 | | | |