

保険者判断を要する介護保険サービス利用等に関する確認票

【 新規 更新 】

提出日 令和 年 月 日

氏 名		住 所	
被保険者番号		要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
要介護認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
居宅介護支援事業所		介護支援専門員	
地域包括（担当）	<input type="checkbox"/> 大和 <input type="checkbox"/> 六日町 <input type="checkbox"/> 塩沢	包括担当者	
保険者判断を要する 介護サービスの内容	<input type="checkbox"/> 短期入所サービス費の認定期間の半数を超える日数の利用 <input type="checkbox"/> 同居家族がいる場合の生活援助での訪問介護の利用 <input type="checkbox"/> 訪問介護における職員2人以上で対応するサービスの利用 <input type="checkbox"/> 訪問介護（特に通院介助時）における院内介助サービス利用 <input type="checkbox"/> 車いす、もしくは歩行器の2台貸与 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	サービス開始（予定）日	令和 年 月 日	
利用等が特に必要である理由・原因			
【添付必要書類】 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議録 <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> サービス利用票、利用票別表 <input type="checkbox"/> 週間サービス計画表 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（1）、（2）もしくは介護予防サービス・支援計画書 （※上記のほか参考になる書類があれば添付してください）			

【留意事項】

- 1 保険者判断を要するサービスを計画、又は利用した場合にはサービス担当者会議を開催して必要性を検討し、妥当であると判断されたものについて、この確認票を提出してください。なお、サービス担当者会議について、初回（新規）に限り担当地域包括支援センター職員を交えて開催してください。
- 2 判断のつかない場合には直接、介護保険係に相談ください。
- 3 更新（変更）認定のときには確認票（添付書類含む）を再度提出してください。ただし、前回提出から60日以内に次の有効期間が開始するときは介護度が変わらなかったときに限り、確認票の提出は不要です。

【保険者記入欄】 受付日：令和 年 月 日

保険者意見 (承認しない場合はその理由)						承認印
部長	課長	参事	係長	係員	地域包括	