**〔　通院　・　院内　〕介助が必要な理由書**

作成日　　　　　年　　　月　　　日

下記の状況から〔　通院　・　院内　〕介助が必要とされるが、保険給付の可否は

いかがか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 性　　別 | 男　・　女 | 生　年　月　日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者住所 | 石巻市 |
| 要　介　護　度 |  | 備　　　考 |  |
| 担当支援事業所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　（　　　）　　　　　　　(担当介護支援専門員：　　　　　　　　) |
| 訪問介護事業所 |  |
| 通院先の状況（医療機関の介助体制の有無等） | （通院先：　　　　　　　　　　　　　　診療科：　　　　　　　　　） |
| 身体状況等 |  |
| 家族状況等 |  |
| 通院・院内介助の具体的内容　　　**身体介護を算定するためには必ず自宅からの継続した介護が必要です。**　　　　　　　　　　　　　　　　**単なる見守りの時間は算定できません。****自宅からの移動方法：　　　　　　　　　　　　（　ヘルパー運転の有無：　有　・　無　）** |
| 受　理　印 | 市回答欄　　　　　　　　　　　　　　　　：　保険給付担当者　　㊞ |
|  | 上記理由書に基づく保険給付については　承認　・　不承認　と致します。理由：石巻市保健福祉部介護福祉課長 |

* **サービス担当者会議の要点及びケアプランの写しを添付してください。**