

北名古屋市介護保険給付の特例に係る確認書

ご記入のうえ、北名古屋市介護保険係に提出してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者名 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | <input type="checkbox"/> 要支援 1 2 | | <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | 年 月 日 ~ | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 必要とするサービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記サービス利用を必要とする理由 (利用者の状態像及びご家族の状況等について詳しく記載してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他のサービス利用では補えない理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他参考資料 | <input checked="" type="checkbox"/> ※支援経過記録 <input checked="" type="checkbox"/> ※居宅サービス計画書 <input type="checkbox"/> 担当者会議記録 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作成年月日及び作成者 | 作成年月日 年 月 日 | | | | | 指定介護(予防)支援事業者名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | 確認年月日 年 月 日 | | | | | 確認者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 判断結果 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護保険の給付対象となるためには、事前にこの確認書の提出が必要となります。

※1部コピーし、お返しいたしますので居宅(介護予防)サービス計画書と併せて2年間保存してください。また、事業者より当該者に係る情報について確認の依頼があったときには、利用者の同意を得て、この書類を交付することができます。

この確認書の有効期間は認定の有効期間となります。