様式第１号

年　　月　　日

米　原　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　事業所

　担当者

連絡先

例外給付（生活援助）確認申請書【新規・変更・更新】

　例外給付（生活援助）の確認について、以下のとおり申請します。

１　被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　 (　　歳) | | | | | | | | | | | 介護度　　□要支援　１・２  □要介護　１・２・３・４・５  (有効期間 　　年 　月 　日～　年 　月 　日) |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　必要な生活援助

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス区分※ | サービス内容（具体的に） | 回数・時間 | 備考 |
|  |  | 週　　回・　　分 |  |
|  |  | 週　　回・　　分 |  |
|  |  | 週　　回・　　分 |  |
|  |  | 週　　回・　　分 |  |
|  |  | 週　　回・　　分 |  |

※サービス区分には次の①～⑦のいずれかを記入する

①掃除、②洗濯、③ベッドメイク、④衣類の整理・補修、⑤一般的な調理・配下膳、⑥買い物・薬の受け取り、⑦その他

３　例外給付を必要とする理由

|  |
| --- |
|  |

※下記について具体的に記入する

・本人の状況や、本人ができる・できないこと、当該家事についてこれまでどうしていたか

・既往歴（主に生活援助が必要な原因の疾病）　　・代替的手段の有無（配食サービスなど）

４　同居家族等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 続柄 | 区分 | 生活援助が行えない理由 |
|  | □障がい・疾病  □その他(　　　　　　) |  |
|  | □障がい・疾病  □その他(　　　　　　) |  |
|  | □障がい・疾病  □その他(　　　　　　) |  |
|  | □障がい・疾病  □その他(　　　　　　) |  |

５　確認リスト

|  |  |
| --- | --- |
| チェック | 項目 |
| □ | 同居家族が家事を行えない理由が下記のいずれかである。   * 同居家族に障がい・疾病があるため * 同居家族に障がい・疾病はないが、同様にやむを得ない理由があるため |
| □ | 他のサービス（配食など）についても検討や導入をしており、それらでは対応しきれない理由がある。 |
| □ | サービス担当者会議において生活援助の必要性が検討されている。 |
| □ | 本人や同居家族の「希望」と「必要性」を分けて検討されている |
| □ | 生活援助の範囲は本人のものに限られており、原則、共有部分についてはサービス提供の範囲には含まれないことについて、本人・家族ともに理解を得ている。 |

６　添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護認定者  □　フェイスシート  □　アセスメントシート（課題整理総括表）  □　居宅介護サービス計画書　第１～３表  □　サービス担当者会議記録 | 要支援認定者  □　利用者基本情報  □　アセスメントシート（課題整理総括表）  □　介護予防サービス・支援計画書  □　サービス担当者会議記録 |

保険者確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| □　生活援助の必要性を確認しました | |
|  | 必要と認める生活援助　□　申請のとおり  　　　　　　　　　　　□　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　とする |
| □ | 生活援助の必要性を確認できませんでした  理由： |