

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	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2
被保険者番号			<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

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
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病 <input type="checkbox"/> その他( )	

#### 5 確認リスト

チェック	項目
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 申請のとおり <input type="checkbox"/> _____とする
<input type="checkbox"/>	生活援助の必要性を確認できませんでした 理由：