年　　月　　日

（様式１）

長浜市長　様

例外給付（生活援助）確認申請書（新規・変更・更新）

※いずれかを○で囲んでください。

申請者　事業所名：

担当者名：

連絡先　：

　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．本人（被保険者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 被保険者番号 |  |

２．確認を行う例外給付（生活援助）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | サービスの内容 | 回数・時間 | 開始日 | 備考 |
|  |  |  | 年　月　日 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※「サービス区分」欄には、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その他のいずれかを記入してください。（「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（H12老計発第10号）による区分）

※「サービスの内容」欄には、具体的な内容を記入してください。

※複数のサービス区分を同時間帯に行う場合は、一行にまとめて記入していただいても結構です。（（例）掃除、洗濯、調理を同時間帯に行う場合等。）この場合、「回数・時間」欄もまとめて記入いただければ結構です。

※「回数・時間」は、内容に応じ、週○回、週○時間、等と記入してください。

３．「同居家族等」の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（続柄） | 区分 | 例外給付（生活援助）を行うことができない理由等 |
|  | [ ] しょうがい・疾病[ ] その他 |  |
|  | [ ] しょうがい・疾病[ ] その他 |  |
|  | [ ] しょうがい・疾病[ ] その他 |  |

※「氏名」欄は、氏名がやむを得ず不明な場合は記入不要です。

４．例外給付（生活援助）を必要とする理由等

|  |
| --- |
|  |

※次の事項等を記入してください。①本人ができる（できない）こと、②当該家事のこれまでの実施状況、③例外給付（生活援助）にかかる今後の見通し、④代替的手段の有無、等