

年 月 日

（あて先） 八戸市長

指定居宅介護支援事業者名

担当者名

印

以下の利用者について、居宅サービス計画に通院等乗降介助を位置づけるとともに、家族の同乗について検討し、必要があるものと判断しましたので確認願います。

利用者	被保険者番号	0000	要介護状態区分	要介護（ ）			
	氏名						
	住所						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢（ 歳）	性別
日常生活の自立度等について	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
直近のサービス利用予定日		年 月 日					
同乗する家族	氏名					続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
添付書類（写し）		居宅サービス計画書（必須） サービス担当者会議録 その他（ ）					

上記の事項について居宅（介護予防）サービス計画書に記載、もしくは写しを計画書に併せて保存してください。また、タクシー事業者への周知確認をよろしく願います。

.....
以下は記入しないでください。

通院等乗降介助における家族の同乗に係る利用 要否確認書

年 月 日付で届出書の提出があった通院等乗降介助における家族の同乗について、その必要性を確認しましたので通知いたします。

年 月 日 八戸市長

家族の同乗について	利用 可 ・ 利用 不可
備 考	

通院等乗降介助において家族の同乗の必要性がなくなった場合は、その時点において当該居宅サービス計画を変更してください。