サービス提供事前承認申請書

令和　　　年　　　月　　　日

丸　森　町　長　様

(申請代行の指定居宅介護支援事業者)

居宅介護支援事業所名：

担当の介護支援専門員：

下記の被保険者の介護保険サービスの提供について、保険者の事前承認を願います。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ | ９ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  | | 被保険者氏名 |  |
| 住所 | 丸森町 | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　）　　　要介護（　　） | | | | | | | | | | 新規　　更新　　申請中（　　　月　　　日申請） | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

（１）同意を求めるサービス　　＊サービス内容を記入してください。

|  |
| --- |
| 訪問介護（生活援助：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問型サービス【独自】（生活援助：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（２）同意を求める理由

|  |
| --- |
|  |

（３）添付書類

　　①サービス担当者会議録の写し

　　②ケアプラン１表２表（介護予防ケアプラン（１），（２））の写し

　　③被保険者のアセスメント用紙

　　④（介護予防）週間サービス計画表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【今回確認の期限】　　　　　年　　　月　　　日** | 確認印 |  |
| 中止年月日：　　　　　　年　　　月　　　日  理由：  （連絡　　　　　　　　　年　　月　日） |

＊　確認したものには確認印が押してあります。