事業対象者に対する介護予防・生活支援サービスの例外支給確認依頼書

被保険者氏名		被保険者番号										
住　　所	宇都宮市 （連絡先）											
直近の基本チェックリスト実施日	令和　　年　　月　　日											
サービス担当者会議開催日	令和　　年　　月　　日											
例外支給利用期間	令　　年　　月　　日　～令　　年　　月　　日											
例外支給の理由	１．退院直後で自立を目指し，一時的にサービスの増加が必要 ２．現在継続的にサービスを利用している者であって，家族等の入院により，一時的にサービスの増加が必要 ３．その他：											
現在利用しているサービス ※　例外支給の理由が２の場合，現在継続的にサービスを利用している者に限る。	有・無	・訪問型　□介護予防訪問介護相当　□　A　□　B　□　C ・通所型　□介護予防通所介護相当　□　A　□　B　□　C ・生活支援　□配食サービス ・その他（　　）										
確認依頼回数	□ 初 回　／ □＿＿＿回目 （前回の利用期間：令　　年　　月　　日～令　　年　　月　　日）											

（あて先）宇都宮市長

上記のとおり，地域包括支援センターが実施するアセスメントにより，集中的にサービスを利用することにより支援を要する状態の軽減又は悪化の防止が図られると見込まれる者について，サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントを行い，一時的に要支援２相当のサービスが特に必要な状態であると判断しましたので，確認を依頼します。

令和　　年　　月　　日

地域包括支援センター
所在地
名　称
代表者氏名
担当者氏名　　（連絡先）

（委託先）
居宅介護支援事業者名
担当者氏名　　（連絡先）

下記の①及び②について，担当の地域包括支援センターより説明を受け，同意しました。
①　地域包括支援センターが，介護予防・生活支援サービスの例外支給に関する確認依頼申請を行うこと。
②　この申請に係る確認のため，必要な事項について宇都宮市が調査すること。

被保険者同意欄（自署）	

（添付書類）
□　介護予防サービス・支援計画表の写し
□　介護予防支援経過記録又はサービス担当者会議要点の写し
□　介護保険被保険者証
□　チェックリスト（新規の場合は，「受付・連絡シート」）

市記載欄	受付：	確認日：令和　　年　　月　　日　／　担当：