

年 月 日

居宅介護（通院等介助）による院内介助に係る理由書

（宛先）小牧市福祉事務所長

（届出者） 事業所名称 _____
 担当者 _____
 電話番号 _____

サービス受給者番号									生年月日	年	月	日	(歳)		
対象者氏名									障害支援区分	1	2	3	4	5	6
									要介護度	要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5					
対象者住所															
居宅介護事業所名															
院内介助が必要な理由（本人及び家族の心身の状況を踏まえ具体的に記載） ※足りない場合は別紙（任意書式）を追加してください。	<p>該当する項目に✓を入れ、詳細な状況を記載</p> <p><input type="checkbox"/>①障がいの特性により、危険回避等の支援が必要 ()</p> <p><input type="checkbox"/>②移動や排せつ介助等の身体的介護が必要 ()</p> <p><input type="checkbox"/>③その他 ()</p>														
支援内容・所要時間 （箇条書きで具体的に）	<p>・支援内容 (): 分</p> <p>・支援内容 (): 分</p> <p>合計 1回あたり () 時間</p>														
院内介助を実施する医療機関名・対応の確認 ※複数の医療機関で院内介助を実施する場合、 医療機関ごと に理由書作成	医療機関名										診療科				
	確認日								院内スタッフでの対応	可 ・ 不可					
	医療機関確認者名（役職）	(院長・事務職等)													
同居・別居親族の同行調整	親族の状況								親族での対応	可 ・ 不可					

※本人の心身の状況（障害支援区分等）や医療機関に変更があった場合は、最初から検討を行い、院内介助が必要であれば再度届け出をしてください。