令和　　　年　　　月　　　日

西郷村長　様

所在地

事業所名

管理者名

担当者名（　　　　　　　　　　　　　）

連絡先

**サービス提供に伴う算定内容の確認について**

**（確認依頼書）**

　　　次の被保険者に対して、適切なアセスメントを実施しケアマネジメントを行ったところ、下記の

サービス提供が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |
| 被保険者住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護度  （該当に☑） | □総合事業対象者　　□要支援１　　□要支援２  □要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５  □認定申請中（申請日　平成　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |

○サービス提供が必要であると判断した理由

|  |  |
| --- | --- |
| サービス内容 | デイサービス利用同日のショートステイの利用 |
| 利用開始日 | 令和　　　年　　　月　　　日　～ |
| 提供の理由 |  |

○その他提出書類：①「居宅サービス計画書」第１表・第２表または、「介護予防サービス・支援計画書」

　　　　　　　　　②サービス担当者会議録

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者確認欄** | 課長 | 主幹 | 課長補佐 | 専門主査 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |  |  |