別紙

令和　年　月　日

　（宛先）一宮市長

　　　　　　　　　　　　　　住所

TEL　　　　　　　　　 　FAX

事業者名

担当者名

介護予防通所介護相当サービスの利用について

下記の利用者について、ケアマネジメントの結果、介護予防通所介護相当サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断しました。

　つきましては、一宮市あんしん介護予防事業の実施に関する要綱第５条第２項に規定する理由書を提出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者情報 | | | | | | | |
| 氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日  （　　　歳） | | |
|
| 住所 | 一宮市 | | | | 区分 |  | |
|

介護予防通所介護相当サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断した理由

【介護予防通所介護相当サービス利用の状態像の目安】

1. 疾病により歩行に支障があり、外出の頻度が少なく、寝たり起きたりの生活で、送迎に本人が耐えられない方
2. 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられる方
3. 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れがある方
4. ①～③以外で市が認める方

※介護予防サービス・支援計画書を作成されている場合は、併せて御提出ください。

可・否

例

別紙

　　令和　年　月　日

　（宛先）一宮市長

　　　　　　　　　　　　　　　　住所　一宮市〇〇

TEL　△△-△△△△ 　FAX ▲▲-▲▲▲

事業者名　　　◇◇事業所

担当者名　　　　一宮　太郎

介護予防通所介護相当サービスの利用について

下記の利用者について、ケアマネジメントの結果、介護予防通所介護相当サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断しました。

　つきましては、一宮市あんしん介護予防事業の実施に関する要綱第５条第２項に規定する理由書を提出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者情報 | | | | | | | |
| 氏名 | 〇〇　〇〇 | 性別 | 女 | 生年月日 | 昭和〇年　◇月　▲日  （　〇歳） | | |
|
| 住所 | 一宮市◇◇町▽▽ | | | | 区分 | 事業対象者 | |
|

介護予防通所介護相当サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断した理由

事業対象者であるが、主治医から認知症の診断を受けている。(薬剤記録添付)

【介護予防通所介護相当サービス利用の状態像の目安】

①疾病により歩行に支障があり、外出の頻度が少なく、寝たり起きたりの生活で、送迎に本人が耐えられない方

②日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられる方

③精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れがある方

④①～③以外で市が認める方

※介護予防サービス・支援計画書を作成されている場合は、併せて御提出ください。

可・否