

介護保険被保険者に係る介護給付費併給(上乘せ)等理由書

提出日 年 月 日
事業所名()

1 申請者基本情報

氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所					
手帳等	身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳 難病()				
障害支援 区分	1 2 3 4 5 6 なし				
介護認定	非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 (認定年月日 年 月 日)				
担当 ケアマネジャー	担当者名: 連絡先:				

2 利用希望サービス

障がい福祉サービス名称 (例: 居宅介護(身体介護、家事援助、通院介助)、生活介護)	一月あたりの支給量 (例: ○時間×○回=△時間)

3 介護給付費を併給(上乘せ)が必要な理由

(あてはまる欄を『○』で囲み、裏面に具体的な理由を記入して下さい。)

	必要なサービスの支給量が、介護保険給付の区分支給限度額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険給付のみによって確保することができないため。
	利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがない、障がい特性上、必要な支援が介護保険サービスによりやむを得ず受けることができないなど、申請に係る障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難であるため。
	介護保険の要介護認定を受けた結果非該当と判定された場合や、利用者の障がい特性上、介護保険サービスを利用できない場合であって、なお申請に係る障がい福祉サービスによる支援が必要であるため。

(裏面へ)

4 以下の勘案事項について記載の上、これらを踏まえ介護給付費を併給(上乘せ)が必要な具体的理由

○勘案事項

- ・障がいの種類及び程度その他の心身の状況
- ・介護を行う者の状況(介護者の有無やその程度)、申請者の置かれている環境(居住の状況等)
- ・日中活動の状況や、介護保険給付に係る居宅サービス・保険医療サービス又は福祉サービス等の利用状況
- ・介護保険制度等の検討状況
- ・障がい福祉サービス利用の意向に関する具体的内容
- ・その他、申請者の生活状況・身体的状況・危険な行為(行動障がい等)など考慮が必要な事項

[illegible]

(記入欄が不足する場合は、適宜用紙を追加してください。)