介護サービス拒否によるサービス未利用の報告書

兼江戸川区介護サービス拒否者に関わる介護支援専門員支援金支給申請書

　　年　　月　　日

江戸川区長　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 代表者役職名・氏名 | 印 |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 介護支援専門員氏名 |  |

　江戸川区介護サービス拒否者に関わる介護支援専門員支援金の支給をうけたいので、江戸川区介護サービス拒否者に関わる介護支援専門員支援金支給要綱（以下「要綱」という。）第６条の規定により、関係書類を添付し申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | 要介護度 | | □ | 要介護 | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | □ | 要支援 | | |
| 利用者氏名 |  | | | | | | | | | | | | □ | 申請中（暫定利用） | | |
| 生年月日 | M･T･S　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | 計画作成年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 利用者の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)これまでの対応経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) サービス未利用又は未利用となる可能性のある具体的な理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3)今後の支援方針 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下、熟年相談室記載欄【熟年相談室名：　　　　　　　　 　担当者名：　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 初動協議日の設定 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | チェック欄 | □ |
| 1. 同行訪問日等の設定 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | □ |
| 1. 支援協議日の設定 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | □ |
| 対 応 種 別  ※③終了後に選択 | | | | 虐待　　・　　ケアマネ支援困難　　・　　権利擁護  サービス未利用支援困難　　・　　総合相談 | | | | | | | | | | | | | | |

【誓約事項】

* 要綱第９条第１項に定める返還事項に該当し、同条第３項により支援金の返還を命じられた場合は速やかに返還します。

【添付資料】

・　その他区長が必要と認める書類