**通所・訪問リハビリ同時利用に関する確認依頼書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 名　前 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 住　所 | 江府町 | 電　話 |  |
| 介護度 | 要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　　　　要支援　１ ・ ２ |

通所・訪問リハビリ同時利用を居宅サービス計画に位置づける必要があると判断したので、確認をお願いします。

　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者 | 事業所等名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 同時利用の必要性 |  |
| 経緯 |  |
| 通所リハビリ | 【課題】【目標】【内容】【利用期間】　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 訪問リハビリ | 【課題】【目標】【内容】【利用期間】　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| その他 |  |

１．この依頼書は、通所・訪問リハビリ同時利用が見込まれる時、事前に保険者に提出してください。

２．被保険者のリハビリに関する課題・目標・内容・話し合いの経緯などを具体的に記入してください。

３．添付書類：居宅サービス計画書、担当者会議等の記録

４．利用期間終了後、同時利用が必要な場合はその都度、確認依頼書を提出してください。