

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用申請書

申請日 年 月 日

蒲 郡 市 長 様

私は、次のとおり申請するとともに、本市職員が利用申請の決定に当って必要な情報を、障害福祉福祉サービス事業者をはじめ、関係機関から聴取することに同意します。

申請者	受給者番号									生年月日	年 月 日
	フリガナ										
	氏名										
	居住地	〒								電話番号 () -	
	フリガナ									生年月日	年 月 日
	児童氏名										

申請する入院期間等 ※入院期間を証明する書類および承諾書を添付してください。

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ()	利用開始希望日
医療機関名		
医療機関所在地		

障害支援区分認定状況	区分 ()	有効期限	~
利用者負担上限月額	円	適用期間	~

現在利用中の、居宅介護、重度訪問介護、行動援護又は重度障害者等包括支援の事業所名をご記入ください。

事業者及びその事業所の名称	契約日	連絡先
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	

本人が申請する場合は記入不要。代理申請の場合は原則、申請者氏名は自署でお願いします。

代理申請者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係
	氏名			
	居住地	電話番号		
本人委任欄	私は、蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業を利用する申請を上記の者に委任します。 申請者氏名			

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用決定(変更)通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

印

年 月 日付けで申請のありました蒲郡市重度障害者入院時等コミュニケーション支援事業の利用については、下記のとおり決定(変更)しましたので通知します。

利用決定者	受給者番号															生年月日	年 月 日
	フリガナ																
	氏名																
	居住地	〒												電話番号 () -			
フリガナ													生年月日		年 月 日		
児童氏名																	

利用決定期間	年 月 日 ~ 月 日											
支援上限時間数	年 月 日 ~ 月 日 (1日 8時間以内)											
	年 月 日 ~ 月 日 (1日 5時間以内)											
利用者負担	負担割合	1割		負担上限月額								円
医療機関名												
利用可能な事業者												

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業については、本通知書を上記に記載する事業所に提示し、契約を交わすことにより利用が可能となります。

【注】不服申し立て及び取消訴訟

1 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、蒲郡市長に対して審査請求をすることができます。

2 この決定の取消しを求める訴えは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、蒲郡市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定のあった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

問合せ先 蒲郡市役所
住 所
電 話

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用(変更)決定のお知らせ

年 月 日

(医療機関の長)

様

蒲郡市長

印

貴医療機関に入院(予定含む。)する次の方について、下記のとおりコミュニケーション支援の利用を(変更)決定しましたのでお知らせします。

つきましては、決定内容の範囲で、コミュニケーション支援事業者の従事者の受け入れについてご協力をお願いします。

利用決定者	受給者番号														生年月日	年 月 日
	フリガナ															
	氏名															
	居住地	〒												電話番号 () -	年 月 日	
フリガナ																
児童氏名													生年月日	年 月 日		

利用決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
支援時間数	時間(1月当たり60時間以内。ただし、1日の支援は5時間以内)	
支援事業者の名称		

【医療機関の方へ】

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業(以下「本事業」という。)は、意思疎通が困難な重度の障害者が入院時に、医療従事者とコミュニケーションの円滑化を目的に、日常的に対象者を担当し意思疎通に熟達しているヘルパー(介護従事者)を医療機関へ派遣するものです。

従いまして、医療機関内においては、診療報酬の範囲のサービスは行いません。また、本事業の実施に当たり、医療機関において請求及び支払いの事務は発生いたしません。

コミュニケーション支援者は、身分証等を携帯しています。必要に応じてご確認ください。

【本事業では提供できないサービス】

- | | | | |
|-----------------------------------|--------|------------------|--------|
| ①病状の観察 | ②病状の報告 | ③身体的清拭、食事、排泄等の世話 | ④診察の介補 |
| ⑤与薬・注射・包帯等の交換など治療の介助及び処置 | | | |
| ⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助 | | | |
| ⑦患者、家族に対する治療上の指導など患者の病状に直接影響のある看護 | | | |

問合せ先 蒲郡市役所
住 所
電 話

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用(変更)決定のお知らせ

年 月 日

(事業所の長) 様

蒲郡市長 印

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業について、申請のありました次の方について、下記のとおり(変更)決定しましたのでお知らせします。

利用決定者	受給者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名			
	居住地	〒 電話番号 () -		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	児童氏名			

利用決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
支援時間数	時間(1月当たり60時間以内。ただし、1日の支援は5時間以内)
医療機関名称	
医療機関所在地	

【注】 このお知らせは、利用決定者が、障害者福祉サービス利用中の事業者として、申請書に記載された全ての事業所に送付しています。
このコミュニケーション支援事業の実施は、別途、利用者との利用契約が必要となります。

【事業所の方へ】

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業(以下「本事業」という。)は、意思疎通が困難な重度の障害者が入院時に、医療従事者とコミュニケーションの円滑化を目的に、日常的に対象者を担当し意思疎通に熟達しているヘルパー(介護従事者)を医療機関へ派遣するものです。従いまして、医療機関内においては、診療報酬の範囲のサービスは行いません。また、本事業の実施に当たり、医療機関において請求及び支払いの事務は発生いたしません。コミュニケーション支援者は、身分証等を携帯しています。必要に応じてご確認ください。

【本事業では提供できないサービス】

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①病状の観察 ②病状の報告 ③身体的清拭、食事、排泄等の世話 ④診察の介補
⑤与薬・注射・包帯等の交換など治療の介助及び処置
⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助
⑦患者、家族に対する治療上の指導など患者の病状に直接影響のある看護 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

問合せ先 蒲郡市役所
住 所
電 話

蒲都市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業申請内容変更届出書

変更届出日 年 月 日

蒲 郡 市 長 様

次のとおり届出いたします。

変更届出者	受給者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名			
	居住地	〒 電話番号 () -		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	児童氏名			

変更を希望する内容(変更する項目をチェックしてください。)

項 目	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 申請者氏名		
<input type="checkbox"/> 申請者住所		
<input type="checkbox"/> 受給者番号		
<input type="checkbox"/> 児童氏名		
<input type="checkbox"/> 利用期間		
<input type="checkbox"/> 医療機関		
<input type="checkbox"/> 事業者		
<input type="checkbox"/> その他		
変更理由		

本人が届出する場合は記入不要。代理人による届出の場合は原則、変更届出者氏名は自署でお願いします。

代理届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係
	氏名			
	居住地	電話番号		
本人委任欄	私は、重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の利用に係る内容変更の届出を上記の者に委任します。 変更届出者氏名			

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業取消通知書

年 月 日

(申請者) 様

蒲郡市長 印

年 月 日付けで決定した蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の利用については、次のとおり取消します。

利用決定者	受給者番号																			生年月日	年 月 日
	フリガナ																				
	氏名																				
	居住地	〒																電話番号 () -	年 月 日		
フリガナ																					
児童氏名																	生年月日	年 月 日			

取消年月日	年 月 日
取消事由	

【注】不服申し立て及び取消訴訟

1 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、蒲郡市長に対して審査請求をすることができます。

2 この決定の取消しを求める訴えは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、蒲郡市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定のあった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

問合せ先 蒲郡市役所
住 所
電 話

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業費請求書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

事業者番号									
請 求 事 業 所	〒 住 所 (所在地)								
	電話番号								
	名 称								
	代表者氏名								

下記のとおり、 年 月分を請求します。

請求金額 ①-②				千			円
-------------	--	--	--	---	--	--	---

内 訳	区 分	件数	金 額
	重度障害者入院時 コミュニケーション支援事業 ①		
利用者負担額 ②			

下記の口座に振り込みをしてください。

金融機関名	
支 店 名	
預 金 種 別	
口 座 番 号	
口座名義人	
(フリガナ)	

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業医師意見書

対象者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
医師意見欄	<p>次のコミュニケーションに関する3項目について、該当する番号に○をつけてください (記載に当たっての注意事項は、裏面を参考にしてください。)</p> <p>■ 意思の伝達について</p> <p>1 対象者は他者に意思を伝達できる(ほぼできるを含む)。 2 ときどき伝達できる。 3 ほとんど伝達できない。 4 できない。</p> <p>(注意) 手話、筆談、身振り、携帯電話などの電子メール、文字盤、トーキングエイド、意思伝達装置など意思の伝達手段は問いません。</p> <p>■ 本人独自の表現方法を用いた意思表示について</p> <p>1 独自の方法によらず意思表示ができる。 2 ときどき独自の方法でないと意思表示ができないことがある。 3 常に、独自の方法でないと意思表示ができない。 4 意思表示ができない。</p> <p>(注意) 独自の方法とは、知的障害者等でコミュニケーションに関する障害を有している方が用いる、本人独自のジェスチャーや仕草などの意思表示の方法をいいます。頭をぶついたり、腕をつかんだりするなど、通常とは違う行動でしか自らの意思表示ができない場合が該当します。</p>	
	特記事項	
<p>対象者の状況は上記のとおりと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関所在地 医療機関名称 (診療科) 電話番号 医師氏名 (自署又は記名押印)</p>		

※この意見書は、障害支援区分認定用の医師意見書とは別のものです。その為、実費負担の扱いとなります。

意見書の記載について

この意見書は、対象者が蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の対象となるために必要な要件を満たすか否かを判断する際の資料となります。

記入の際は、以下の点を参考にしてください。

【選択肢の判断基準】

■ 意思の伝達について

受け手に自分の意思を表示し、伝達できるかどうかのみに着目してください。

1 対象者が意思を他者に伝達できる

- ◇ 手段を問わず、常時誰にも意志の伝達ができる場合をいう。
- ◇ ほぼ確実に意思が伝達できる場合も含まれる。

2 ときどき伝達できる

- ◇ 通常は、対象者が家族等の介護者に対して、意思の伝達ができるが、その内容や状況などによっては、できる時とできない時がある場合をいう。

3 ほとんど伝達できない

- ◇ 通常は、対象者が家族等の介護者に対しても意思の伝達ができないが、ある事柄や特定の人に対してであれば、稀に意思の伝達ができる場合をいう。

4 できない

- ◇ 重度の知的障害、精神障害や意識障害などによって、意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができているかどうか判断できない場合をいう。

■ 本人独自の表現方法を用いた意思表示について

本人独特のジェスチャーや仕草などの表現方法を使用するかどうか、意思表示の仕方に着目してご判断ください。

1 独自の方法によらず意思表示ができる

- ◇ 本人独自の方法によらず、言葉や言葉以外の方法により必要な意思を相手に伝えることができる場合を言う。

2 ときどき、独自の方法でないと意思表示ができないことがある

- ◇ 本人独自の方法でしか自らの意思表示ができないことがある場合をいう。
(独自の方法でしか意思表示できない場合が常時ではない。)

3 常に、独自の方法でないと意思表示ができない

- ◇ 本人独自の方法でしか自らの意思表示ができない場合をいう。

4 意思表示ができない

- ◇ 本人独自の方法を用いても意思表示ができない場合をいう。

問合せ先 蒲郡市役所
住 所
電 話

入院証明書及び承諾書

対象者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
入院(予定)期間	年 月 日 ~ 月 日	日間	
<p>上記の対象者が当病院に入院している(予定も含む)ことを証明します。また、入院中は、コミュニケーション支援員が派遣され、業務を行うことを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 市 町</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称</p> <p style="text-align: center;">(代表者署名又は記名押印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () -</p>			

【医療機関の方へ】

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業(以下「本事業」という。)は、意思疎通が困難な重度の障害者が入院時に、医療従事者とコミュニケーションの円滑化を目的に、日常的に対象者を担当し意思疎通に熟達しているヘルパー(介護従事者)を医療機関へ派遣するものです。

従いまして、医療機関内においては、診療報酬の範囲のサービスは行いません。また、本事業の実施に当たり、医療機関において請求及び支払いの事務は発生いたしません。

コミュニケーション支援者は、身分証等を携帯しています。

【本事業では提供できないサービス】

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------|
| ①病状の観察 | ②病状の報告 | ③身体的清拭、食事、排泄等の世話 |
| ④診察の介補 | ⑤与薬・注射・包帯等の交換など治療の介助及び処置 | |
| ⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助 | | |
| ⑦患者、家族に対する治療上の指導など患者の病状に直接影響のある看護 | | |

問合せ先 蒲郡市役所
住 所
電 話

蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業委任状

甲は、蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱に基づき、蒲郡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の給付費の請求・受領に係る権限を乙に委任します。

年 月 日

甲（委任者）※申請者

住 所

氏 名

（自署又は記名押印）

乙（受任者）※事業者

住 所

事業者名

代表者職氏名

（自署又は記名押印）