

様式第 2 号 (第 5 条関係)

	記入者氏名
	続柄

日中一時支援事業利用者状況表

年 月 日作成

ふりがな 利用者氏名	生 年 月 日	年 月 日 歳	性別	男女	障がい内容・程度区分
					内容 程度区分 (1. 2. 3. 4. 5. 6)
介護者氏名		住所		電話	
家族以外の 緊急連絡先		住所		電話	
利用者の日 中における 活動先		住所		電話	

次の表の該当項目に○をするか、必要事項を記入してください。

1 日常生活動作の状況

	自立	一部介助		全介助
歩行	1 普通に歩ける。	2 つえ等を使用し、時間がかかるが自分で歩ける。	3 付添いがあれば、歩ける。 3—2 車いすを使用	4 歩行不可能
	必要な介助			
排泄	1 自分で昼夜ともトイレでできる。	2 介助があれば、自分でできる。		4 自分ではできない。
	必要な介助			
食事摂取	1 自分で箸で食事ができる。	2 スプーン等を使用すれば、自分でできる。	3 スプーン等を使用し、一部介助すれば、自分でできる。	4 自分ではできない。
	必要な介助			

洗面 歯磨き	1 自分でできる。	2 介助があれば、自分でできる。	4 自分ではできない。
	必要な介助		
衣服の 着脱	1 自分で着脱ができる。	2 時間がかかってもどうか自分で着脱ができる。	3 手を貸せば、自分で着脱ができる。
	必要な介助		

2 行動特性

行動特性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内容 ・ 原因、動機 ・ 通常への対応
------	---

3 その他参考事項

就寝、起床	朝 時頃 夜 時頃	遊び 趣味	
夜尿	無 有(時々・毎日)		
食事	偏食() アレルギー()	性格	
意志の伝達・言葉			

4 医療

かかりつけの医療機関又はてんかんなどの治療中の病気がある場合、記入してください。

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 電話番号
- (4) 病名
- (5) 服薬中の薬の種類

5 希望事項

介護に当たり、希望することや留意事項がある場合、要点を記入してください。

様式第3号 (第5条関係)

日中一時支援事業利用登録証交付決定通知書

年 月 日

様

豊後大野市長

印

年 月 日付けで申請のありました日中一時支援事業利用登録証を次のとおり交付します。

1 利用者氏名

2 登録利用者番号

3 一月利用時間 時間

4 利用期間 年 月 日から 年 月 日まで

5 その他

(1) 本事業のサービスを利用するにあたっては、利用登録証の記載事項を遵守してください。

(2) 本事業によるサービスの提供に要する経費のうち、飲食物費その他の実費は、利用者の負担とし、登録介護者に直接支払うこととなっていますので、利用に際しては、負担額についてあらかじめ登録介護者と十分協議してください。

様式第4号(第5条関係)

日中一時支援事業利用登録証交付申請却下通知書

年 月 日 号

様

豊後大野市長

印

年 月 日付けで申請のありました日中一時支援事業利用登録証を次のとおり却下します。

- 1 利用者氏名
- 2 登録利用者番号

日中一時支援事業登録介護者指定依頼書

番 号
年 月 日

様

豊後大野市長

印

日中一時支援事業実施要領に基づき、次のとおり登録介護者の指定を依頼します。

利用登録証番号		区分	障害程度区分	区分 _____
利用者	住所		電話番号	
	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
介護者	住所		電話番号	
	氏名		続柄	
介護者以外の緊急連絡先	住所		電話番号	
	氏名		続柄	
介護委託費	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者自立支援法施行令で定める、障がい種別・区分ごとに定める額に、実施要綱別表に定める率を乗じて得た額。 ・ 送迎は、片道 540 円 			

(注)

- 別添の日中一時支援事業実施要綱を熟読してください。
- 利用者から介護サービスの利用申込みがあった場合、特段の事情がある場合を除き、実施要綱に基づき、次の手順により介護サービスを提供してください。
 - 利用登録証の確認及び保管
 - 介護サービスの提供
 - ア 登録介護者①利用登録票の確認
 - 実績記録票に必要事項を確認
 イ 利用者 実績記録票の確認欄へ押印
 - サービスの終了及び利用登録証の返還
- 介護委託費は、上記のとおりです。介護サービスを行った場合、当該月分を翌月の 10 日までに別添日中一時支援事業請求書にとりまとめ、必要書類を添付の上、提出してください。

添付書類 日中一時支援利用者状況表 (写し)

日中一時支援事業登録介護者指定受託通知書

番 号

年 月 日

豊後大野市長 様

登録介護者 住所

氏名 印

年 月 日付け第 号で依頼のありましたことについては、次のとおり受託します。

利用登録証番号			障害程度 区分	区 分 _____
利 用 者	住所		電話番号	
	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
介 護 者	住所		電話番号	
	氏名		続柄	
受託期間				

様式第7号(第5条関係)

(表)

日中一時支援事業利用登録証				
年度	平成 年度	登録番号 第 号	区分	
対象者	住所			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	
申請者	住所			
	氏名			
	続柄		電話	
緊急連絡先			電話	
介護者	住所			
	氏名			
	続柄		電話	
一月利用限度時間		時間		
上記の者について、上記のとおり日中一時支援事業の利用を認めます。				
		豊後大野市長 印		
交付年月日		年 月 日		
有効期間		年 月 日まで		

お知らせ

(本証の使用にあたって)

1 この利用登録証は、本証に記載された登録介護者による介護サービスを利用する場合に、使用するものです。

(利用の方法)

2 サービスを利用するときは、登録介護者にあらかじめ連絡の上、予約を行ってください。また利用時には、本証を登録介護者に提出してください。

(利用時間)

3 利用限度時間は、本証の有効期間内において決定した1か月利用時間までとします。

(利用料)

4 サービスの利用中にかかった飲食物費その他の実費については、利用者の負担となります。この利用料は、定額ではなく、登録介護者により、また利用ごとに異なることもありますので、あらかじめ登録介護者と協議し、及び確認してください。

(予約の取消し及び変更)

5 サービスを必要としなくなったとき、及び利用日時の変更が必要となったときは、速やかに登録介護者へ連絡をしてください。

(本証の変更及び返還)

6 次に該当した場合は、速やかに担当課へ本証を提出し、所定の手続を行ってください。

(1) 住所等を変更した場合

(2) 死亡し、又は市町村の区域外へ転居した場合

(3) 障害者の方の心身状況に大きな変化があった場合

その他本証を紛失した場合にも、連絡をしてください。

不明な点がありましたら、次まで連絡してください。

問い合わせ先
豊後大野市福祉事務所生活支援課
電話 0974-22-1001

日中一時支援事業利用登録交付者名簿

利用登録 証番号	氏名	生年月日	性別	介 護 者				登 録 介 護 者				備考
				氏名	(続柄)	住所	連絡	氏名	(続柄)	住所	連絡	
				氏名	(続柄)	住所		氏名	(続柄)	住所		
						連絡				連絡		
				氏名	(続柄)	住所		氏名	(続柄)	住所		
						連絡				連絡		
				氏名	(続柄)	住所		氏名	(続柄)	住所		
						連絡				連絡		
				氏名	(続柄)	住所		氏名	(続柄)	住所		
						連絡				連絡		
				氏名	(続柄)	住所		氏名	(続柄)	住所		
						連絡				連絡		
				氏名	(続柄)	住所		氏名	(続柄)	住所		
						連絡				連絡		

日中一時支援事業利用登録証変更(廃止)届

年 月 日

豊後大野市長 様

届出者 住所
氏名
続柄

次のとおり、日中一時支援事業利用登録証の変更(廃止)を届け出ます。

利用登録証番号		氏名	
変更理由が生じた日 (廃止)		変更月日 (廃止)	
変更内容 (廃止)			

日中一時支援事業利用登録証変更(廃止)通知書

番 号
年 月 日

様

豊後大野市長

印

次のとおり、日中一時支援事業利用登録証を変更(廃止)します。

利用登録証番号		氏名	
変更理由が生じた日 (廃止)		変更月日 (廃止)	
変更内容 (廃止)			

様式第 13 号 (第 14 条関係)

日中一時支援サービス費明細書

平成		年		月分
----	--	---	--	----

登録番号		事業者及びその事業所の名称
支給決定障害者等氏名		
支給決定に係る障害児氏名		

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要
	当月費用の額合計				①

利用者負担額等計算欄	利用者負担額等の内訳	当月算定額	摘要
	利用者負担額		
	当月利用者負担額等合計	②	

当月請求額 ①-②	円
-----------	---

	枚中		枚
--	----	--	---

様式第 12 号 (第 14 条関係)

日中一時支援事業 請求書

豊後大野市長 殿

請求金額	十億			百万			千			円
------	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

内 訳	平成			年			月分			
								明細書件数	金 額	
	日中一時支援事業									
	合 計									

請求事業者	住 所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名 称	
	職・氏名	

振込先	金融機関 店 名	
	口座種類 番 号	
	(フリガナ) 口座名義	