

国保連合会 → 支援事業事業所(地域包括支援を含む) → 国保連合会

【記入例】

認定調査状況と利用サービス不一致確認表

居宅支援事業所番号	9999999999
居宅支援事業所名	NNNNNNNNNNNNNN
居宅事業所担当者名	連絡先

※空白箇所に「支援事業所担当者名・連絡先」を記入ください。

令和〇年〇月〇日

三重県国民健康保険団体連合会

令和〇年〇月〇日（〇）までに国保連合会まで回答してください

※注1

【記載要領】

*注1. 算定できる場合は「可」、できない場合は「不可」に〇を記入ください。(請求に誤りがあり、過誤されたい場合も不可と記入してください。)

*注2. 算定が「可」の場合は、詳細な理由を同封しました「算定理由」の用紙にご記入ください。尚、**詳細な理由は県及び保険者へ伝達する為に必要となりますので、必ずご記入ください。**主治医意見書・診断書等がある場合は、添付してください。

*注3: 保険者へ申請等をされている場合は、その際の「担当された保険者の職員名」をご記入ください。

算定理由

記載例

【例1】
保険者番号 240000

被保険者番号 0000000001 氏名 国保 花子

「算定理由」「認知症型通所介護・認知症対応型共同生活介護」
医師の診断により、認知症と診断されたため。別添参照。

「認定調査状況と利用サービス不一致確認票」の回答が算定「可」の場合、下記の例を参考にして算定理由等をご記入ください。

※サービス開始にあたり、医師の診断により認知症が確認できる書類を添付してください。
(書類がない場合のみ、主治医が認めた自立度をご記載ください。)

事業所名 (○○事業所) 担当者名 (○○ ○○)

【例2】
保険者番号 240000

被保険者番号 0000000002 氏名 介護 太郎

「算定理由」「認知症短期集中リハ加算」

※下記の内容についてご確認ください。

- ・MMS E又は長谷川式テストのどちらでしょうか
- ・点数をご記載ください
- ・医師による認知症と診断された日を記載ください。

(保険者の照会事項に記載ある場合のみ)

事業所名 (○○事業所) 担当者名 (○○ ○○)

【例3】
保険者番号 240000

被保険者番号 0000000003 氏名 介護 花子

「算定理由」「認知症ケア加算」別添参照

※介護報酬解釈の条件を満たしていない場合は算定不可です。過誤の対象となります。

担当医の診断書・主治医意見書等、書面でのコピーを添付してください。

(担当医からの書面での取得がない場合のみ、下記の内容についてご記載ください。)

- ① 現在(直近)の日常生活自立度
- ② 認知症と認められた病院名・主治医名
- ③ 認知症と認められた診断日

事業所名 (○○事業所) 担当者名 (○○ ○○)