

被爆体験者精神医療費（公費負担者番号86）に係る介護（介護予防）サービス提供についての確認書

被爆体験者精神医療受給者証を参照し、記載してください。

1. 対象者

介護（介護予防）サービスを提供する被爆体験者精神医療受給者証所持者

氏名 ○○ ○○	公費受給者番号（7桁） 700000-1	生年月日 大正 ●年 ●月 ●日 昭和
-------------	-------------------------	---------------------------

2. サービス提供開始月・疾患名・サービス種類

①サービス提供開始月 令和 ●年 ●月

受給者証1ページに記載あり

②被爆体験者精神医療受給者証に記載された疾患のうちサービス提供の対象である疾患名

非器質性不眠症、関節炎、認知症

受給者証4、5ページに記載された疾患を確認し、記載してください。

③提供したサービス種類（○をつけてください。複数記入可。）

<input checked="" type="checkbox"/> 1 訪問看護（予防）	5 短期入所療養介護（予防）
2 訪問（予防）リハビリテーション	6 介護保健施設サービス
3 居宅療養管理指導（予防）	7 介護療養施設サービス
4 通所（予防）リハビリテーション	8 介護医療院サービス

3. 医師への確認（該当項目に○をつけてください。）

上記2. の②に記載のサービス提供の対象である疾患名について、指示書又は計画会議等で、提供したサービスとの関連性を確認した医師

主治医	・	<input checked="" type="checkbox"/> サービス提供事業所の医師
-----	---	--

長崎県知事 様

令和 ●年 ●月 ●日

介護事業所番号（10桁） 42 ●●●●●●●●

介護事業所名（医療機関名）

所在地 〒●●●●-●●●● ●●市 ●●町 ●●番地

介護事業所長名（代表者名） ○○ ○○

TEL ●●● (●●●) ●●●●

担当者名 ○○ ○○