

内容等

(伺い)

自立支援給付費の支給について次のとおり決定してよいでしょうか。
(介護給付費) (計画相談支援給付費)

1. 申請者

- (1) 氏名
- (2) 生年月日
- (3) 障害支援区分

2. 支給決定内容

支給決定通知書、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給通知書のとおり。

3. サービス利用(変更)申請に至った理由及び状況

新規申請。
理由及び状況の詳細は、勘案事項整理票のとおり。

4. 支給決定の考え方

重度の四肢体幹機能障害のためADL全般に介護が必要。日中、妻は就労、小学生の子は学校のため自宅に一人となるため居宅身体介護を支給しようとするものです。185cm90kgと体躯が大柄なため身体介護は2人介護を認めます。

サービス名	内容	積算等
身体介護	食事介助、服薬介助、排泄介助、入浴介助 2人介護	1.0時間/回×2人×2回/日×5日/週×5週=100 時間/月
身体介護		

5. その他

(加算等チェック表)

介護給付費	支給量	2人介護	児単価区分	重度加算	地域生活移行個別支援	生活要因	身体要因	危険行為	特別加算
✓ 居宅身体介護	時間/月	○							
居宅家事援助	時間/月								
通院等介助(身体介護伴う)	時間/月								
通院等介助(身体介護伴わない)	時間/月								
通院等乗降介助	回/月								
重度訪問介護	時間/月								
重度訪問介護(うち移動介護)	時間/月								
同行援護	時間/月								
行動援護	時間/月								
短期入所	日/月								
短期入所医療型(重心児等)	日/月								
重度障害者等包括支援	単位/月								
生活介護	日/月								
療養介護	当該月の日数/月								
療養介護(中期利用)	当該月の日数/月								
施設入所支援	当該月の日数/月								

訓練等給付費	支給量	視覚障害	退院支援施設	地域生活移行個別支援	長期入院	雇用契約	障害基礎年金1級	在宅利用	重度加算
自立訓練(機能訓練)	日/月								
自立訓練(自立訓練)	日/月								
宿泊型自立訓練	当該月の日数/月								
就労移行支援	日/月								
就労継続支援A型	日/月								
就労継続支援B型	日/月								
共同生活援助	当該月の日数/月								

地域相談支援給付費	支給量
地域移行支援	当該月の日数/月
地域定着支援	当該月の日数/月

障害児通所給付費	支給量	人工内耳装用
児童発達支援	日/月	
医療型児童発達支援	日/月	
放課後等デイサービス	日/月	
保育所等訪問支援	日/月	

地域生活支援サービス	支給量	単価区分
移動支援(身体介護伴う)	時間/月	
移動支援(身体介護伴わない)	時間/月	
日中一時支援	日/月	