

記入例

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等を参照し、記載してください。

1. 対象者

受給者証1ページに記載あり

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） 60 9999-9	生年月日 S●●. ●●. ●●
-------------	--------------------------	---------------------

サービス提供の対象となる疾患を指示書等により確認し、記入してください。

2. サービス提供の対象となる疾患・サービス種類

①被爆体験者精神医療受給者証の介護（介護予防サービス）の対象となる疾患を指示書等により確認し、疾患名を記載してください。

また、記載した疾患が次の対象外疾患ではないこと確認し、確認後は☑をつけてください。

関節炎、心不全

☑ 上記に記載した疾患は、対象外疾患ではない

記載した疾患が、対象外疾患ではないことを確認したら、☑をつけてください。

【対象外疾患】 がん（受給者証に記載されたがんは除く）、感染症、外傷、遺伝性疾病、先天性疾病、被爆体験以前にかかった精神病、むし歯のうちC1、C2、Ce（エナメル質初期う蝕）

②介護（介護予防）サービスの種類（☑をつけてください。複数記入可。）及びサービス提供開始月

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	【 ●年 ●月】	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	【 年 月】
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	【 年 月】	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	【 年 月】
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	【 年 月】	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	【 年 月】
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	【 年 月】	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	【 年 月】
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	【 年 月】	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	【 年 月】
<input type="checkbox"/> 介護保健施設サービス（老人保健施設）	【 年 月】		
<input type="checkbox"/> 介護療養施設サービス	【 年 月】	※令和6年3月末まで	
<input type="checkbox"/> 介護医療院サービス	【 年 月】		

3. 医師への確認（該当項目に☑をつけてください。）

上記2. の①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

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

長崎市長 様

令和 ●年 ●月 ●日

介護事業所名（医療機関名） ○○訪問看護ステーション

所在地 〒850-0000 長崎市桜町○番○号

押印不要

介護事業所長名（代表者名） ○○ ○○

TEL ○○○（○○○）担当者 ○○

※長崎市使用欄

2種番号

受給年度

〔 〕〔 ~ 〕〔 - 〕