

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書

次のとおり、春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業の利用申請をします。なお、利用の可否の決定のために、春日井市が利用者及び利用者と世帯を同一にする世帯員の住所、収入等の必要な情報を調査、確認することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住 所			
利用者	被保険者(受給者)証番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護保険 又は 障がい支援区分	要介護度 障がい支援区分 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日			
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護（介護保険） <input type="checkbox"/> 居宅介護（障がい福祉サービス） <input type="checkbox"/> 重度訪問介護（障がい福祉サービス）			
コミュニケーション 方 法				
入院時コミュニケーション 支援事業者	連絡先 ( )			
	連絡先 ( )			
入院期間	年 月 日～ 年 月 日（見込み）			
入院する医療機関	連絡先 ( )			

第 号  
年 月 日

様

春日井市長

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用決定  
（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました春日井市重度ALS患者の入院時コミュニケーション支援事業の利用については、次のとおり決定しましたので通知します。

1 利用決定

利用者	住 所			
	氏 名			
利用可能なコミュニケーション支援事業者				
医療機関		入院日	年 月 日	
利用決定期間 及び 支援上限時間数		年 月 日～	年 月 日	（8時間以内）
		年 月 日～	年 月 日	（4時間以内）

2 利用却下

理 由	
-----	--

様

春日井市長

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用決定のお知らせ

貴医療機関に入院（予定含む。）となる次の方について、春日井市重度ALS患者の入院時コミュニケーション支援事業の利用決定しましたのでお知らせします。

つきましては、決定内容の範囲内で、コミュニケーション支援事業者の従事者の受け入れについて、ご協力をお願いします。

利用者	被保険者(受給者)証番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
利用決定期間 及び 支援上限時間数		年 月 日～ 年 月 日～	年 月 日（8時間以内） 年 月 日（4時間以内）	
コミュニケーション 支援事業者			電話	( )
			電話	( )

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業(以下、「本事業」とする。)は、意思疎通が困難な重度ALS患者について、日常的に対象者を担当し意思疎通に熟達しているヘルパー(介護従事者)を医療機関へ派遣し、医療従事者との意思疎通の円滑化を目的に実施するものであり、コミュニケーションに係る支援以外の支援は行いません。

また、本事業の実施にあたり、医療機関において、請求及び支払事務は生じません。

なお、コミュニケーション支援事業者は、身分証を提示することとなっております。

第4号様式（第5条関係）

第 号  
年 月 日

様

春日井市長

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用決定のお知らせ

貴事業所を利用している次の方について、春日井市重度ALS患者の入院時コミュニケーション支援事業の利用決定しましたのでお知らせします。

つきましては、決定内容の範囲内で、コミュニケーション支援事業者の従事者の受け入れについて、ご協力をお願いします。

利用者	被保険者(受給者)証番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
利用決定期間 及び 支援上限時間数		年 月 日～ 年 月 日～	年 月 日（8時間以内） 年 月 日（4時間以内）	
医療機関			電話	( )

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業は、意思疎通が困難な重度ALS患者について、日常的に対象者を担当し意思疎通に熟達しているヘルパー（介護従事者）を医療機関へ派遣し、医療従事者との意思疎通の円滑化を目的に実施するものであり、コミュニケーションに係る支援以外の支援は行うことができません。

なお、本事業の支援を実施する際は、身分証を着用してください。

第5号様式その1（第6条関係）

重度ALS患者の入院に係る支援に関する確認書(患者用)

年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（ 年 月 日～ 年 月 日）

コミュニケーションに係る支援を行う支援者：

氏名 \_\_\_\_\_（事業所名 \_\_\_\_\_）

氏名 \_\_\_\_\_（事業所名 \_\_\_\_\_）

氏名 \_\_\_\_\_（事業者名 \_\_\_\_\_）

※入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援者の支援は、保険医療機関から強要されたものではありません。

（患者氏名） 印

（家族等氏名） 印

※患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

※ コミュニケーションに係る支援以外は、保険医療機関の看護要員が行うこととされており、上記の支援者がこれを行うことはできません。

第5号様式その2（第6条関係）

重度ALS患者の入院に係る支援に関する確認書(支援者用)

年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（ 年 月 日～ 年 月 日）

コミュニケーションに係る支援を行う支援者：

氏名 \_\_\_\_\_（事業所名 \_\_\_\_\_）

氏名 \_\_\_\_\_（事業所名 \_\_\_\_\_）

氏名 \_\_\_\_\_（事業者名 \_\_\_\_\_）

※入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援に当たっては、コミュニケーション支援以外の支援を行いません。

（支援代表者氏名）

印

（事業者名）

第6号様式（第7条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者  
住所

氏名

印

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用変更申請書

年 月 日付けで利用決定を受けた春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業の利用について、次のとおり変更しましたので申請します。

変更が生じた事項	
----------	--

年 月 日

様

春日井市長

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用変更決定通知書

年 月 日付けで変更申請のありました春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業の利用について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 変更決定

利用者	住所	
	氏名	
変更が生じた事項		

2 変更却下

理由	
----	--



第8号様式（第8条関係）

第 号  
年 月 日

様

春日井市長

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用決定取消通知書

次の理由で春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業利用の決定を取り消しましたので通知します。

利用者	住所	
	氏名	
取消し理由		
取消し決定年月日	年 月 日	

年 月 日

春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業費請求書

（宛先）春日井市長

住 所

事業者名称

代表者名

印

次のとおり請求します。

金額	金 円			
内容	利用者 様に係る、春日井市重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業費			
振込先金融機関	金融機関名	支店名	種別	口座番号
	銀行 金庫 農協	支店 支所 出張所	普通 当座	
	口座名義人	(フリガナ)		

第 10 号様式 (第 16 条関係)

重度ALS患者入院時コミュニケーション支援事業費実績管理票

サービス提供期間		年 月 日から 年 月 日まで					
利用者氏名		(フリガナ)			生年月日	年 月 日	
登録番号					サービス 総提供時間		
日付	曜日	サービス提供 開始時間	～	サービス提供 終了時間	算定 時間数	事業者名・支援者名	利用者 確認印
業務内容							
		:	～	:			印
業務内容							
		:	～	:			印
業務内容							
		:	～	:			印
業務内容							
		:	～	:			印
業務内容							
		:	～	:			印
業務内容							
		:	～	:			印
業務内容							
		:	～	:			印
業務内容							

※算定時間数はサービス提供した時間数を記入する。