|  |
| --- |
| 措置委託（開始・変更・廃止）通知書（例）番　　　　　　号　　　令和　年　月　日　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市（町）長　　老人福祉法(第10条の4第１項・第11条第１項)の規定に基づき、次の者について措置委託を（開始・変更・廃止）します。 |
| 被措置者 | 本籍 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日(　歳) |
| 性別 | 男・女 |
| 措置（開始・変更・廃止）年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 措置理由 |  |
| 費用徴収額 |  |
| 備考* 被措置者の詳細については、別紙を参照のこと。
 |
|  |
|  |
| 問い合わせ先　　　　　　　○○市（町）　地域包括支援センター　　　　住所：○○市（町）　　　　　　　　　　　　連絡先： |

参考様式11

措置委託通知書（別紙）（例）

被措置者について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名(ふりがな) |  | 性別 | 男・女 |  |
| 生年月日 | □明治　□大正　□昭和　　　　　　　年　　月　　日 | 年齢 | 　　　歳 |  |
| 介護認定 | □非該当　□要支援（　　　）　□要介護（　　　）　□申請中（令和　年　月　日）　□未申請　□申請予定 |
| 障害者手帳 | 身体障害者手帳　 □無　□有　　（障害等級：　　級　種別：　　） |
| 精神保健福祉手帳　□無　□有　　（障害等級：　　級） |
| 療育手帳　 □無　□有　　（障害程度：　　　） |
| 既往歴 |  |
| 現病歴（※） |  |
| 身体状況等 |  |
| 内服薬（飲み方等）、頓服薬等 |  |
| かかりつけ医療機関（連絡先） |  | 介護支援専門員（連絡先） |  |
| 通院の頻度 | 例：月1回 |
| 食事 | 食事形態：（　　　　　　）　食物アレルギーの有無：（　　　　　　　）食事制限の有無：（　　　　　　） |
| 生活習慣 |  |
| 嗜好品 |  |

**注意事項**

|  |
| --- |
| □持病等に関する健康管理について【　例：上記疾患（※）に対して、事業所管理での内服援助、通院援助をお願いします。 　】 |
| □入所中に起きた転倒や事故、疾病、急変等の対応・連絡体制について【　例：問い合わせ先　○○市（町）地域包括支援センター　連絡先：　　　　　　 　　 】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □養護者が面会を求めてきた際の対応・連絡体制等について【　例：問い合わせ先　○○市（町）地域包括支援センター　連絡先：　　　　 　　　　　】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □その他【　例：買い物等を希望された際の対応については、現在、協議中です。後日、連絡します。】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※措置委託開始時に記載する。