

被爆体験者精神医療費（公費負担者番号86426020）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（**橙色の受給者証**）等を参照し、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） <b>60</b>	生年月日
----	--------------------------	------

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（**橙色の受給者証**）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。

☐ 上記に記載した疾患は、対象外疾患ではない
【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、遺伝性疾患、先天性疾患、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 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 type="checkbox"/> サービス提供事業所の医師
------------------------------	---------------------------------------

長崎市長 様

年 月 日

介護事業所名（医療機関名）

所在地

介護事業所長名（代表者名）

TEL

{ }

担当者名

※長崎市使用欄

2種番号

受給年度

{ } { ~ } { - }