グループホーム入居者の通院等介助利用理由書

西東京市長　殿

提出年月日　　年　　月　　日

利用者	ふりがな		生年月日	年　月　日（　歳）
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所			
共同生活援助事業所	事業所名			
	連絡先		担当者名	

慢性疾患等を有する利用者が定期的な通院をする際に世話人等（グループホーム職員）が個別に対応することが困難な理由

※欄が不足する際は、適宜追紙のこと。

以上のとおり、グループホーム入居者が定期的に通院する際に通院等介助が必要です。

施設所在地	
代表者名	

提出する際は、次の事項をご確認ください。

・障害支援区分１以上である。
・慢性疾患等があり、医師の指示により、定期的に通院を必要としている。
・個別支援計画に位置付けられている。
・利用回数は、月２回までを限度とする。

※**医師意見書**及び**通院等介助の利用を記載した個別支援計画書（案）**を添付して提出してください。