

### 川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 登録（変更）申請書

(申請先)

\_\_\_\_\_区 長

(申請書を記入した者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

次のとおり、川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の登録（変更）を申請します。

利用者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	名前				
	住所				
	身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神保健福祉手帳番号		
コミュニケーション支援員を派遣する事業者名					
	事業者名	連絡先 ( )			
	事業者名	連絡先 ( )			
	事業者名	連絡先 ( )			
かかりつけ医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「あり」の場合、医療機関を記入してください。 (医療機関名)				
変更の場合 は変更事由					

(第2号様式)

## 川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 承諾書 兼 委任状

委任者（利用者）が入院した際、受任者（事業者）は、川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱第2条第3項に規定するコミュニケーション支援員を派遣する事業者として支援員を派遣することを承諾します。

また、委任者（利用者）は、同実施要綱第18条に基づき、コミュニケーション支援員の派遣費用の請求・受領に関する権限を受任者（事業者）に委任します。

年 月 日

委任者（利用者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

受任者（事業者）

住所 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者 役職 氏名 \_\_\_\_\_ 印

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 申請結果通知書

\_\_\_\_\_ 区 長 印

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の申請（変更）について、次のとおり決定しましたので、通知します。

申請結果	該当 ・ 非該当
	(非該当の場合の理由)

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	名前			
	住所			
登録番号				
登録開始日	年 月 日			

コミュニケーション支援員を派遣する事業者名

	事業者名	連絡先 ( )
	事業者名	連絡先 ( )
	事業者名	連絡先 ( )

備考	
----	--

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 登録辞退・廃止届

(届出先)

\_\_\_\_\_区 長

(届出書を記入した人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の登録の辞退・廃止を次のとおり届け出ます。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	名前			
	住所			
登録番号				
辞退・廃止 事由				

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 登録廃止決定通知書

\_\_\_\_\_ 区 長 印

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の登録について、次のとおり廃止を決定しましたので、通知します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	名前			
	住所			
登録番号				
登録廃止日	年 月 日			
廃止理由				

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 利用開始（変更）届

(届出先)

\_\_\_\_\_区 長

(届出書を記入した人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の利用を開始（変更）することを次のとおり届け出ます。

利用者	ふりがな		登録番号	
	名前		生年月日	年 月 日
	住所			
入院情報	医療機関 / 科名	病院 / 科		
	入院日	年 月 日	退院 予定日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 予定 <input type="checkbox"/> 未定
コミュニケーション支援員を派遣する事業者名				
	連絡先 ( )			
	連絡先 ( )			
	連絡先 ( )			
※医療機関 記入欄	上記利用者から依頼のあったコミュニケーション支援員の受け入れを承諾します。 年 月 日			
	医療機関名			
	記入者 印 (※職種等は問いません。)			

入院後すみやかに区保健福祉センター（地区健康福祉ステーション）へ提出してください。

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 利用辞退・廃止届

(届出先)

\_\_\_\_\_区 長

(届出書を記入した人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の利用の辞退を次のとおり届け出ます。

		登録番号	
利用者	ふりがな		
	名前	生年月日	年 月 日
	住所		
入院先 医療機関名			
取下日		年 月 日	
取下理由			

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 利用終了届

(届出先)

\_\_\_\_\_区 長

(届出書を記入した人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業を終了したことを次のとおり届け出ます。

		登録番号	
利用者	ふりがな		
	名前	生年月日	年 月 日
	住所		
入院先 医療機関名			
退院日		年 月 日	
備考			

退院後すみやかに区保健福祉センター（地区健康福祉ステーション）へ提出してください。

(第9号様式)

### 川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 サービス提供実績報告書

サービス提供期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日
登録番号		サービス総提供時間	時間

日付	曜日	サービス提供時間		算定 時間数	利用者 確認印	事業者名 支援員名【印】	医療機関 確認印
		開始時刻	終了時刻				
業務内容（裏面を参照し、該当する番号に○をする。9「その他」の場合は具体的に記載する。）							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							
		:	:		印	印	印
1・2・3・4・5・6・7・8・9 ( )							

※「算定時間数」には、サービス提供した時間数を記入する。

- ・30分ごとに算定する。(14分以下は切り捨て、15分以上は切り上げ)
- ・1時間⇒1.0、1時間30分⇒1.5、2時間⇒2.0、2時間30分⇒2.5

\_\_\_枚目 / \_\_\_枚中

## 入院時コミュニケーション支援事業 支援員の業務

入院時コミュニケーション支援の業務に含まれるもの

- 1 入院時の説明、聞き取りの際の意思疎通支援
- 2 病院スタッフによる治療計画・入院計画の説明の際の意思疎通支援
- 3 診察・処置・検査・療養の説明、実施の際の意思疎通支援
- 4 手術前後の説明、処置の際の意思疎通支援
- 5 リハビリの説明、実施の際の意思疎通支援
- 6 退院後の治療・療養の説明の際の意思疎通支援
- 7 医療費制度・保健福祉制度の相談・説明の際の意思疎通支援
- 8 1～7のコミュニケーション支援前後の準備、不安・緊張への対処
- 9 その他の意思疎通支援（具体的に記載）