



民間保険利用の同意

お子様の名前	生年月日	保険会社名	記入日
--------	------	-------	-----

手順

First Steps System of Payments Policy (ファーストステップ決済システムの方針) の写しを保護者にお渡ししてから、ファーストステップサービス支払いを補助するための民間医療利用のため、かつファーストステップサービスのための同意を得ます。

保護者の同意があれば、民間保険は以下のファーストステップサービスを支払うのに役立ちます。
支援技術のための機器、作業療法、理学療法、心理学、言語聴覚療法

民間保険をファーストステップサービス支払いの補助として利用するには、保護者は必ず事前にこの用紙に署名し日付を書き込んでから、サービス・コーディネーターまで提出してください。サービス・コーディネーターの連絡先情報は以下に記載されています。

保険についての情報 (保険証のコピーを取得後は必要なし)

保険会社名	保険証に完全被保険者の記載がありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
グループ名	グループ番号	保険支払い請求の順序 <input type="checkbox"/> 1 番目 <input type="checkbox"/> 2 番目
保険契約者の名前	保険/会員 ID	保険開始日

同意のための理由

以下の理由によりファーストステップで民間保険を使う前に保護者の同意が必要です。

新規サービスの許可
 サービス許可の増加
 保険会社の変更
 または選択内容の変更

個別家族支援計画 (IFSP) の直接サービスの許可

サービスのタイプ	サービスの頻度	開始日	終了日

同意

上記の情報が署名日の時点で正確であることを私は証明します。私は、**First Steps System of Payments Policy** (ファーストステップ決済システムの方針) の写しを受け取ったことを確認します。この方針を読んだ後で、以下の選択肢を選びました。

民間保険利用に同意する (保険契約者の生年月日: _____ / _____ / _____)
 民間保険はなく、該当しない
 民間保険利用に同意しない

保護者の署名	保護者の署名日
保護者の名前 (英語の活字体で)	

サービス・コーディネーター

サービス・コーディネーターの名前	サービス・コーディネーターの電話番号
エージェンシー担当者の署名	エージェンシーの受領日