**訪問介護の生活援助が規定回数を超える対象者届出書**

　　　年　　月　　日

浪 江 町 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　所　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員等氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　　絡　　先

下記のとおり、サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、規定回数を超える生活援助サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を添えて届出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 |  | 0 | 7 | 5 | 4 | 7 | 3 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日生 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 要介護度 | 　□　要介護１　□　要介護２　□　要介護３　□　要介護４　□　要介護５ |
| 厚生大臣が定める回数 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 利用開始月 | 　　　年　　　月　から | 生活援助の月延べ回数 | 回 |
| 訪問介護の生活援助が規定回数を超える理由及び業者選定理由 |  |
| 添付書類（写し） | □　ケアプラン　　□　サービス担当者会議の記録　　□　支援経過記録（該当部分） |

※保険者確認欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 係　員 | 担　当 | 適否区分 |
|  |  |  |  |  | □利用が適当と判断する□利用が不適当と判断する |