

# 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

匝 瑛 市 長 あて

事 業 所 名  
 事 業 所 所 在 地  
 介 護 支 援 専 門 員 等 氏 名  
 連 絡 先

印

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

フリガナ			保険者番号		1	2	2	3	5	8	
被保険者氏名			被 保 険 者 番 号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性 別	男・女							
住 所	匝瑛市 電話										
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 支援経過記録(該当部分)										