**訪問介護の生活援助が規定回数を超える対象者届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 |  | | 保険者番号 |  | | | ０ | | | ６ | | ３ | | | ２ | | ４ | | ８ | |
|  | |
| 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度  認定期間 | □　要介護１　□　要介護２　□　要介護３　□　要介護４　□　要介護５  年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス  事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  （写し） | □　ケアプラン　　□　サービス担当者会議の記録 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大　江　町　長　　殿  　　上記のとおり、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。  令和　　年　　月　　日      　事　　業　　所　　名  　　　事業所住所及び連絡先  　　　介護支援専門員等氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |