生活援助中心型サービスが規定回数を超える場合の届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 要介護度 | □　要介護１　□　要介護２　□　要介護３　□　要介護４　□　要介護５ |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ケアプラン作成月 | 年　　　月作成分　 | 生活援助中心型の回数 | 回／月　 |
| 生活援助中心型の算定理由 | □　独居　　□　家族等が障がい、疾病等□　その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 規定回数を超える理由 | （ケアプランに記載がある場合は不要） |
| （あて先）志摩市長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け出ます。　　　　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 |

添付書類：居宅サービス計画書「第１表」から「第７表」の写し、基本情報およびアセスメント表（当該計画作成時のもの）、訪問介護計画書の写し（訪問介護事業所から提供を受けたもの）