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）