**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 |  | | 保険者番号 |  | | | ４ | | | ６ | | ５ | | | ２ | | ９ | | ４ | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 被保険者番号 | ５ | ２ | ９ | | | ０ | | ０ | |  |  | |  | |  | |  |
|  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 喜界町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　 在 　地  (住所と異なる場合） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始月 | 年　　　月から | 生活援助の月延べ回数 | | | | | | 回 | | | | | | | | | | | | |
| 主な届出理由 | □単身世帯　　□家族等が障害、疾病等　□その他やむを得ない事情 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護の生活援助が規定回数を超える理由の詳細  （介護支援専門員の意見） | ※状況詳細、サービス担当者会議の内容、インフォーマルサービスの検討等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  （写し） | □　ケアプラン　　　□サービス担当者会議の記録  □　基本情報　　　　□　支援経過記録（該当部分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）　喜　界　町　長  　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。  　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※喜界町記入欄  上記のとおり、提出がありましたので報告します。   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 課　長 | 係　長 | 係　員 | 起案者 | 公印使用承認 | 起　案 | 年 　　月　 　日 | |  |  |  |  |  | | 決　裁 | 年 　　月　 　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |