**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 |

 |