**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 |  | １ | ４ | ４ | ０ | ２ | ２ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 清川村　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 要介護度・生活援助中心型の回数／月 | 要介護度 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| 基準回数 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の回数 |  |  |  |  |  |
| 届出の理由 | □ 新規に居宅サービス計画を作成した□ 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した□ 要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった□ 居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった |
| 訪問介護の生活援助が規定回数を超える理由 |  |
| 添付書類（写し） | □ 居宅サービス計画書(1)「第1表」　　 □ 居宅介護支援経過「第5表」□ 居宅サービス計画書(2)「第2表」　 　□ サービス利用票「第6表」□ 週間サービス計画表「第3表」　　 　 □ サービス利用票別表「第7表」□ サービス担当者会議の要点「第4表」 □ 訪問介護計画書 |
| （あて先）　清　川　村　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　　　居宅介護支援事業所名　　事業所住所 及び連絡先　　介護支援専門員氏名 |