

## 訪問介護の生活援助が規定回数を超える対象者届出書

フリガナ			保険者番号		0	8	2	2	2	2
被 保 険 者 番 号			被保険者番号							
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	電話番号									
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
利 用 開 始 月	年 月 日		生活援助の月述べ回数	回						
規定回数を超える 訪問介護の必要性 (理由)										
業者選定理由										
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録									

(あて先) 鹿嶋市長

上記のとおり、サービス担当者会議を通じ、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