**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 |  | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ４ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 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 |
| 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） | □　ケアプラン　　□　サービス担当者会議の記録 |
| 　（あて先）　北　広　島　市　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、規定回数を越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 |