

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		1	4	2	1	2	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	北広島町		電話						
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	令和 年 月 から	生活援助の月延べ回数	回						
訪問介護の生活援助が規定回数を超える理由及び業者選定理由									
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (1表～3表・6表・7表) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 基本情報 (フェイスシート) <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書								

(あて先) 北広島町長

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。

令和 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

※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	課長補佐	係長	係員	起案者	公印使用承認		起案	年 月 日
					/		決裁	年 月 日