

## 訪問介護（生活援助）のサービス提供回数が多い対象者届出書

フリガナ			保険者番号		2	2	3	0	5	7
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女						
住 所	松崎町			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									
利用開始期間	年 月 から 年 月		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"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 支援経過記録（該当部分）									
<p>（あて先） 松崎町長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業所名 事業所住所及び連絡先 介護支援専門員等氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>										

-----

※松崎町記入欄

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	起 案	年 月 日
				決 裁	年 月 日