**訪問介護（生活援助中心型）が規定回数を超えて位置づけられた**

**居宅サービス計画届出書（兼理由書）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | **被保険者番号** | | | |  | | | | | | | |
| **被保険者氏名** |  | | |
| **生年月日** | | 明・大・昭　　年　 月 　日 | | | | | | **性別** | | | 男・女 |
| **住所** | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| **要介護度**  **(規定回数)** | □ | 要介護１  （27回） | □ | 要介護２  （34回） | □ | | 要介護３  （43回） | | □ | 要介護４  （38回） | | | □ | 要介護５  （31回） | |
| **生活援助**  **利用開始** | 年　　月　から | | | | | **生活援助の月延べ数** | | | | | 回 | | | | |
| **規定回数を超える訪問介護の必要性**  **（理由）** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **訪問介護事業者選定理由** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **添付書類**  **（写し）** | □居宅サービス計画書（1）　□居宅サービス計画書（2）□週間サービス計画表  □サービス担当者会議の要点 □居宅介護支援経過　　　 □サービス利用票  □サービス利用票別表 　　　□フェイスシート　　　　 □アセスメントシート  □お薬手帳の写し | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）　一関地区広域行政組合　管理者  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 | | | | | | | | | | | | | | | |