訪問介護（生活援助）利用回数超過届出書

平成　　年　　月　　日

小山市長　宛

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所所在地

担当者名

　次の被保険者に対して、適切なケアマネジメントを行った結果、厚生労働大臣の定める回数を超える訪問介護（生活援助）を居宅サービス計画に位置付ける必要があるため、関係書類を添えて届け出ます。

１．訪問介護を位置付ける被保険者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 要介護度 | □要介護１　　　□要介護２　　　□要介護３　　　□要介護４　　　□要介護５ | | |
| 認定有効期間 | 平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 | | |

２．生活援助の回数及び厚生労働大臣の定める回数を超える理由

|  |  |
| --- | --- |
| 生活援助の  回数 |  |
| 生活援助の回数が厚生労働大臣の定める回数を超える理由 | ※添付書類に「理由」等の記載がある場合は、記載は不要 |

【添付書類】 ①居宅サービス計画書（第１表・第２表・第３表）　※利用者の署名があるもの

②サービス担当者会議の要点

③居宅介護支援経過　　※生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可