**訪問回数の多い生活援助中心型の訪問介護サービス利用届出書**

　　 年　 　月　 　日

（あて先）甲佐町長

以下のとおり届出します。

事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所番号　　　　　　　　）

事業所所在地　〒　　　-

連絡先電話番号

介護支援専門員氏名

該当するものに☑

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 被保険者番号 | 00000 | 被保険者氏名 | | |  | | |
| 住所  （実際の居住地） | 〒　　　－ | | | | | | |
| 生年月日・性別 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　 年　　 月　　 日 （ 　　　歳）　□男　　□女 | | | | | | |
| 要介護度 | □１　　□２　　□３  　□４　　□５ | | | 認知症の有無及び認知症日常生活自立度 | | | □有（　　　）  □無 |
| 認定有効期間 | 年　　 月　 　日 ～　　　　　　年 　　月　　 日 | | | | | | |
| 住居の状況 | □独居　□家族と同居　□老人ホーム等（施設名　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 家族等の介護の状況 |  | | | 限度額超過の有無 | | | □有　　□無 |
| 利用する他のサービス内容 |  | | | | | | |
| 生活援助の内容等 | 訪問介護サービス  提供事業所 | （事業所番号　　　　　　　） | | | １月あたりの  サービス利用回数 | | | 月　　　回 |
| サービス内容及び  頻度 |  | | | | | | |
| 訪問回数の多い生活援助が必要な理由 |  | | | | | | |
| 居宅サービス計画作成日 | | 年　　月　　日 | | サービス担当者会議開催日 | | | 年　　月　　日 | |

（注）１．この届出書に居宅サービス計画書等の写しを添付すること。必要に応じて、聞き取りや追加の資料提出を依頼することがあります。

２．居宅サービス計画の再作成または変更があった場合には、再度届出すること。

３．届出書及び添付資料の確認をした結果、計画の見直しを依頼することがあります。また、地域ケア会議等で検証を行う場合があります。