

## 訪問介護(生活援助)が規定回数を超える対象者届出票

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		性別	男 ・ 女
住 所	TEL                      -                      -		
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	年    月    日 から	生活援助の月延べ回数	回
訪問介護(生活援助)が規定回数を超える理由			
添付書類	<input type="checkbox"/> アセスメントシート <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画書(第1～4, 6, 7表) <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書		
<p><b>泉大津市長 殿</b></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、居宅介護サービス計画を作成したため、添付書類をあわせて提出します。</p> <p style="text-align: center;">年            月            日</p> <p style="text-align: center;">住所及び連絡先</p> <p style="text-align: center;">居宅介護支援事業所名</p> <p style="text-align: center;">介護支援専門員氏名</p>			

.....  
 泉大津市処理欄

	課長	課長補佐	係長	主査	係員
決裁					