

訪問介護サービスにおける「やむを得ない事情」に基づく生活援助算定に係る届出書

年 月 日

結城市長 様

事業所名 _____

事業所所在地 _____

計画作成者名 _____

次の被保険者について、訪問介護サービスのうち、生活援助における、「障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様にやむを得ない事情により、家事が困難な場合」に該当すると判断したため、下記のとおり、届出いたします。

被 保 険 者	氏 名		生年月日	
	被保険者番号		住 所	
	要介護度		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
添付書類 (各写し)	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書			
必要とする理由	<small>※本人、介護者の状況や利用の必要性を詳しく記入ください。枠内に記入困難な場合は、別紙にて報告願います。</small>			
必要とする訪問時間 回数、サービス内容				

■結城市確認欄

介 護	課 長	補 佐	係 長	係