**生活援助中心型サービスの回数が基準を超える場合の理由書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 事業者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 事業者名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 計画作成担当者名 |  |
| 住所 |  | 事業所の所在地 |  |
| 要介護状態区分 |  | 電話番号 |  |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 生活援助中心型サービス  月延べ回数 |  |
| 基準回数を超える理由 |  |
| 本人の状態  （病歴・現在の介護状態等） |  |
| 家族の状況  （家族構成・介護力等） |  |
| 今後の計画、支援の方向性 |  |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 事前協議 | 特記事項 |
|  |  |