

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

ふりがな		被保険者番号									
被保険者氏名											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	～			年	月	日	才
認定期間	年	月	日	～			年	月	日		
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										
訪問介護事業所						※厚生労働大臣が定める介護度別基準回数					
生活援助 月延べ回数	回	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5					
		27回	34回	43回	38回	31回					
【サービス担当者会議を踏まえ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)											
介護支援専門員の アセスメント (今後の見通し・在宅サービスの利用等)											
介護支援専門員											