**支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画　届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大和高田市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当介護支援専門員（担当者）名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 |  | | 性別 |  | 生年月日 |  |
| 被保険者番号 |  | 住所 |  | | | |
| 要介護（要支援）度 | □要介護（　　　） | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |

支給限度額一定割合超となった理由

|  |
| --- |
|  |

提出書類

・支給限度額一定超に係る居宅サービス計画届出書

・利用者基本情報（フェイスシート）写し

・課題分析票（アセスメントシート）または課題整理総括表写し

・居宅サービス計画書第１～３表の写し（第１表については交付し署名のあるもの）

・サービス担当者会議の要点（第４表）写し

・サービス利用票（第６表）と別表（第７表）の写し

・各サービス計画書（訪問介護計画等）写し

留意事項

・上記対象者のケアプランについては地域ケア会議議等で検証しますが、この仕組みはサービスの利用制限を目的と

　するものではなく、より利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作

　成に資することを目的としています。地域ケア会議には、担当介護支援専門員、居宅介護支援事業所管理者及びサ

　ービス担当責任者に御参加いただきます。