

例外給付に関する届出書

令和 年 月 日

事業所名：
担当介護支援専門員：

1. 利用者情報

被保険者番号										被保険者氏名									
生 年 月 日					年 月 日					住 所									
										令和 年 月 日									
介 護 度					要支援 1 2					認定有効期間									
					要介護 1 2 3 4 5					令和 年 月 日									

2. 相談内容

☐同居家族がいる場合の生活援助・・・理由欄に同居家族の状況を記載

☐生活援助中心型訪問介護サービス

＊生活援助基準回数（要介護 1(27 回)、要介護 2(34 回)、要介護 3(43 回)、
要介護 4(38 回)、要介護 5(31 回)

☐軽度者に対する福祉用具貸与・・・医師意見書（ 有 ・ 無 ）

☐半数を超える短期入所利用

☐院内介助の算定

☐福祉用具同一品目複数貸与

☐訪問によるリハビリテーションと通所系サービスの併用

3. 理由及び必要性

＊福祉用具については用具名、使用場所、複数の場合は用途の違い等も記載

☐別紙（1 表、2 表、4 表、6 表）のとおり

☐備考

以下、香芝市記載欄

評価の時期、今後の方向性