

# やむを得ない事情の生活援助算定に係る届出書

令和 年 月 日

葛城市長 宛

居宅介護(介護予防)

支援事業所名

事業所所在地

事業所電話番号

担当介護支援専門員(担当者)

下記の被保険者について生活援助のやむを得ない事情の保険対象として認めるように申請します。

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	<input type="checkbox"/> 事業対象者		<input type="checkbox"/> 要支援( )	<input type="checkbox"/> 要介護( )	
認定有効期間	年 月 日～		年 月 日		

	氏名	続柄	生年月日( )歳	勤務等の状況について
同居家族			( )歳	
			( )歳	

同居家族等の状況(やむを得ない事情)

必要なサービス	回数 ・ 時間
掃除	
洗濯	
買い物	
調理	
その他	

※「アセスメント表」「居宅サービス計画書第1・第2・第3」「サービス利用票と別表」「サービス担当者会議の記録」「訪問介護サービス計画書」を必ず添付してください。

※承認された場合は継続的にモニタリングしてください。また、更新・区分変更した場合は必要な書類を再提出してください。