**訪問型サービス月当たり定額払い利用（申請・中止）シート**

年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　　　所 |  |
| 介護支援専門員 | 事業所名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 利用（中止）内容(いずれかにチェック) | □　１　週１回程度□　２　週２回程度□　３　週２回を超える程度□　４　月当たり定額払いの中止 |
| 利用する事業所名 |  |
| 利用（中止）開始日 | 　　　　　　年　　　月　　　日から |
| 本人の状態等(本人の心身状況、支援内容、利用サービス区分に対する意向等) |  |
| 家族の状況等(家族構成・介護者の状況、利用サービス区分についての意向) |  |
| 介護支援専門員としての考え(月当たり定額払いを利用する理由や利用1回ごとの出来高払いによるサービスにしない理由) |  |

※記入欄が不足する場合は、適宜別紙に記入のうえ添付してください。

市役所記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問型サービス月当たり定額払い（利用・中止）に関して　□　１　可とする　□　２　不可とする（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 収受印 |
|  |
| 判定結果通知　□　済（　　　　　年　　　月　　　日） |