**通所型サービス利用回数増加の申請シート**

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 |  |
| 基本チェックリスト実施年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日　実施 |
| 介護支援専門員 | 事業所名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 利用サービス(いずれかにチェック) | □　１　介護予防通所型サービス□　２　介護予防通所緩和型サービス |
| 利用する事業所名 |  |
| 利用回数増加予定期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 本人の状態(現在の介護状態・病状等) |  |
| 家族の状況(家族構成・介護者の状況等) |  |
| 介護支援専門員としての考え(回数増加の理由や期間終了後の目標等) |  |

※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

|  |  |
| --- | --- |
| 総合事業対象者サービス利用回数増加に関して　□　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） |