（様式第10号）

ＫＯＢＥみまもりヘルパー利用廃止・停止・変更・再開報告書

年　　月　　日

神戸市長　宛

事業所名

代表者名

下記のとおり、利用対象者に関するＫＯＢＥみまもりヘルパーの利用を廃止・停止・変更・再開したいので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用対象者 |  |
| 廃止・停止・変更・再開の別（○で囲んでください） | 廃　止　・　停　止　・　変　更　・　再　開 |
| 廃止・停止・変更・再開年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止・停止・変更・再開の理由（□に✓を入れてください） | **(1) 廃止**□ ヘルパーサービスの利用を希望しなくなった□ 認知症またはMCIではなくなった□ 寝たきりの生活になった□ 疾病等により、３か月以上の入院加療が必要となった□ 利用者の方が亡くなった□ 施設へ入所されるなど、在宅ではなくなった□ 利用料等を支払わず、停止期間が１か月を経過した□ その他（ ）**(2) 停止**□ 一時的な入院（　 年　　月　　日～　 年　　月　　日まで[予定]）□ 利用料等を支払期日の翌月末を経過しても支払わなかった（災害・失業等やむを得ない事情により、費用負担能力が著しく低下した場合（要綱第15条第３項に該当する場合）を除く）□ その他（ ）**(3) 変更**（利用時間の限度が変更されます）□ 新たに要支援認定又は要介護認定を受けることになった□ 新たに要支援認定及び要介護認定を受けないことになった**(4) 再開**□ 停止事由がなくなるため（消滅理由　□ 退院　□ 利用料の支払完了　　　　　　　　　　　　 □ その他（ ） |
| 備考 |  |