（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 | |  | |