厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(生活援助中心型)利用に係る届出書

平成　　年　　月　　日

甲州市長　宛て

居宅介護支援事業所名

電話番号

介護支援専門員氏名

厚生労働大臣が定める回数を超えて訪問介護(生活援助中心型)を居宅サービス計画に位置付ける必要があるため届出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者 | 氏　　名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 |  |
| 認定期間 | 年　 月　 日　～　　年　 月　 日 | 要介護度 |  |
| 主 病 名 |  |
| 訪問介護回数 | 一か月あたり　　　　回（週あたり　　　回） |
| 上記回数が必要と判断した理由※計画上の回数が必要であることの理由（利用者の自立支援と重度化防止に資する理由も踏まえて）を明確に記載してください |
| 上記のサービス提供で見込まれる効果など |

添付書類：基本情報、アセスメント表、居宅サービス計画書(第1～7表)、訪問介護計画書