

訪問介護(生活援助中心型)の回数の多い利用者について
居宅サービス計画書の届出書

令和 年 月 日

葛城市長 宛

居宅介護支援事業所名

事業所所在地

事業所電話

介護支援専門員名

本被保険者について訪問介護(生活援助中心型)の回数が厚生労働大臣の定める回数以上になるため、下記提出書類をもって届出します。

該当する□にチェックする

1	被保険者名		被保険者 番 号																	
2	認定有効 期間	年 月 日 ~		年 月 日																
3	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5														
	訪問介護 利用回数	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月														
4	定める回数 以上が必要 な理由																			

・ 提出書類

- 本届出書
- アセスメント表(課題分析標準項目)
- 居宅サービス計画書(第1・第2・第3・サービス利用票・別表)
- サービス担当者会議記録
- 訪問介護サービス計画書