

**訪問介護(生活援助中心型)が規定回数以上の居宅サービス計画届出書(兼理由書)**

年 月 日

周南市長 様

事業所所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_ 印

次の被保険者について、厚生労働大臣の定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）が必要であると判断し居宅サービス計画を作成したので、届け出をします。

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	周南市								
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								
利用開始	年 月から	訪問介護(生活援助中心型)の月延べ回数	回						
規定回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を居宅サービス計画に位置付けた理由									
添付書類(写し)	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1)「第1表」 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援経過「第5表」 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(2)「第2表」 <input type="checkbox"/> サービス利用票 「第6表」 <input type="checkbox"/> 週間サービス計画表 「第3表」 <input type="checkbox"/> サービス利用票別表「第7表」 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点「第4表」 <input type="checkbox"/> 基本情報、アセスメント表 <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書（訪問介護事業所から提供を受けたもの）								