

一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）利用に関する届出書

届出日 年 月 日

小豆島町長 様

届出者

事業所名

担当者名

連絡先 _____

下記の被保険者について、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）が必要と判断し、居宅サービス計画を作成したため、下記のとおり届出いたします。

被保険者番号				被保険者氏名				家族構成（ジェノグラム）				
生年月日				明・大・昭	年	月	日					
要介護度				要介護		1	2	3	4	5		
認定有効期間				年	月	日	～	年	月	日		
訪問介護（生活援助中心型）の回数								回				

本人を取り巻く家族等の支援の状況

一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づけた理由

※「利用者の状況から必要性が高いと判断したため」等の記載ではなく、なぜ必要性が高いと判断したかがわかるよう、具体的に記載してください。

※下記の欄におさまらない場合は、別紙に記載して添付してください。

今後の支援の方向性

※添付書類

・居宅サービス計画書 1～5表

（第5表は訪問介護（生活援助中心型）を位置づけた理由が分かる部分のみ）

・訪問介護計画書

《留意事項》

届出書は、居宅サービス計画を作成（変更）した翌月の末日までに提出してください。