生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となる場合の届出書

　　　年　　　月　　　日

北島町長　宛

　 　　　　　　 居宅介護支援事業所名　　 　 　 　印

事業所所在地

事業所電話番号

介護支援専門員氏名

訪問介護における生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となるため、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | 明・大・昭  年　　月　　　日生 | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　・　女 | 要介護度 | 要介護 | | | | | | | | | |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護が必要な理由 | | | | | | | | | | | | |
| 見込める効果 | | | | | | | | | | | | |

【 添付書類 】

１．基本情報

２．アセスメント表

３．居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」の写し