

訪問介護（生活援助中心型）が一定回数以上になった場合の届出書

年 月 日

(宛先) 三郷市長

以下の利用者は、一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型サービス）が必要であると判断しましたので、次のとおり届出をします。

被 保 険 者	氏 名			被 保 険 者 番 号								
	フリガナ											
				生 年 月 日								
				明・大・昭 年 月 日								
回 数	要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5						
	基準回数	2 7 回	3 4 回	4 3 回	3 8 回	3 1 回						
	計画上の回数											
基 準 回 数 を 超 え る 理 由												
事業者名												
担当者名												
所在地												
電話番号 ()												

- ・ 居宅サービス計画 1 ～ 7 表の写しを添付してください。
- ※居宅介護支援経過「第 5 表」は、該当部分のみで可
- ・ 訪問介護計画書の写し
- ・ 当該月において作成又は変更（軽微な変更を除く）した、一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型サービス）を位置づけた居宅サービス計画について、翌月の月末までに届け出てください。

受付印