生活援助中心型の訪問介護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

西伊豆町長　　様

居宅介護支援事業所名

所在地 電話番号 介護支援専門員氏名

　下記の被保険者について、生活援助中心型の訪問介護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。

記

対象被保険者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 被保険者番号 |  |

生活援助中心型の訪問介護の１月あたりの回数

（該当する要介護度の欄に計画上の回数を記入してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の回数 |  |  |  |  |  |

厚生労働大臣が定める回数以上の生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由

　※課題分析（アセスメント）表の写し、居宅サービス計画書（第１表～第７表）の写しを

　　添付してください。