

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。