

訪問介護（生活援助中心型）に係る届出書

年 月 日

牧之原市長

居宅介護支援事業所名：

介護支援専門員名：

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 38 号) 第 13 条第 18 号の 2 に基づき、居宅サービス計画を届け出ます。

被保険者情報	住所	〒 牧之原市 Tel () -			被保険者番号	
	フリガナ				プラン有効期間	
	氏名	男・女			年 月 日～	年 月 日
	生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和				
	該当箇所に○	要介護 1 27 回以上	要介護 2 34 回以上	要介護 3 43 回以上	要介護 4 38 回以上	要介護 5 31 回以上
計画の概要	①理由	生活援助中心型の訪問介護が必要な理由				
	②今後の見通し	該当者の月当たり_____回の訪問介護が必要な理由				

* 本様式に、居宅サービス計画書・利用表（6 表）および別表（7 表）・アセスメント表・課題整理総括表を添付してください。