

# 訪問回数の多い生活援助中心型の訪問介護サービス利用届出書

年 月 日

(あて先) 香美町長 様

以下のとおり届出します。

事業所名称 \_\_\_\_\_ (事業所番号 \_\_\_\_\_)

事業所所在地 〒 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

該当するものに☑

被 保 険 者 情 報	被保険者番号		被保険者氏名		
	住所 (実際の居住地)	〒 _____			
	生年月日・性別	M・T・S	年 月 日 ( 歳 )	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	認知症の有無及び認 知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	届出回数	回目	
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 老人ホーム等 (施設 _____)			
	家族等の介護の状況		限度額超過の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	利用する他のサービス 内容				
生 活 援 助 の 内 容 等	訪問介護サービス提供 事業所	(事業所番号)	1月あたりのサー ビス利用回数	月 回	
	サービス内容及び頻度				
	訪問回数の多い生活援 助が必要な理由				
居宅サービス計画作成日	年 月 日	サービス担当者会議開催日	年 月 日		

- (注) 1. この届出書に居宅サービス計画書等の写しを添付すること。必要に応じて、聞き取りや追加の資料提出を依頼することがあります。  
 2. 居宅サービス計画の再作成または変更があった場合には、再度届出すること。  
 3. 届出書及び添付資料の確認をした結果、計画の見直しを依頼することがあります。また、地域ケア会議等で検証を行う場合があります。

受付印		町処理欄
-----	--	------