

稻城市長 殿

事業所名

事業所所在地

電話番号

担当者名

一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）の利用に関する理由書

下記の被保険者について、一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を利用しているため、別紙のとおり居宅サービス計画等を提出いたします。

記

1 被保険者情報

被保険者番号	被保険者氏名
認定有効期間	利用開始（予定）日
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
要介護度 (基準回数) → プラン上の回数	
<input type="checkbox"/> 要介護 1 (27 回 / 月) → (回)	
<input type="checkbox"/> 要介護 2 (34 回 / 月) → (回)	
<input type="checkbox"/> 要介護 3 (43 回 / 月) → (回)	
<input type="checkbox"/> 要介護 4 (38 回 / 月) → (回)	
<input type="checkbox"/> 要介護 5 (31 回 / 月) → (回)	

2 訪問介護（生活援助中心型）の提供内容

- 移動能力
- 栄養・食生活
- 医学的管理
- 認知症
- その他

裏面もご記入ください。

(居宅介護支援事業所作成)

3 特記すべき事項

--

※添付書類

- 最新の居宅サービス計画（第1～4表）
- 一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）利用者の状況について
(訪問介護事業所が作成し、居宅介護支援事業所へ提出)

※その他の記録や書類の提出を求める場合があります。

本理由書は、居宅サービス計画を作成（変更）した

翌月の末日までに市へ提出してください。