

年 月 日

稲城市長 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

<input type="checkbox"/> 移動能力 <input type="checkbox"/> 栄養・食生活 <input type="checkbox"/> 医学的管理 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 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。**