

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多い居宅サービス計画届出書

年 月 日

(あて先) 岩国市長

居宅介護支援事業所名

事業所電話番号（ ）－
介護支援専門員氏名

厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護を居宅サービス計画に位置付ける必要があるため、届出します。

利 用 者	被保険者番号	
	フリガナ	
	被保険者氏名	
	生年月日	M・T・S 年 月 日生
	住 所	
	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
	介 護 度	
	生活援助中心型利用回数（月）	回
	居宅サービス計画交付日	年 月 日
届出の理由（該当欄に○をつけてください） （ ）新規に居宅サービス計画を作成した。 （ ）要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。 （ ）要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。 （ ）居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。		
居宅サービスに位置付けた理由（基準回数以上になった理由を具体的に記入してください）		

添付書類：基本情報、アセスメント表、居宅サービス計画（第1～7表）、訪問介護計画書

岩国市確認欄	年 月 日	(受付印)
	岩国市高齢者支援課介護給付班	