

久留米市長 あて

事業所の所在地

名称

代表者氏名

電話番号

(担当介護支援専門員の氏名：)

訪問介護の生活援助が規定回数を超える対象者についての届出について

下記の被保険者については、適切なケアマネジメントを行った結果、特段の事情があり、厚生労働大臣が定める回数を超える訪問介護の生活援助を居宅サービス計画に位置付ける必要があるため、関係書類を添えて届出します。

ふりがな							
氏名							
被保険者番号							
生年月日	年	月	日生	要介護度			
住所							
認定有効期間	年	月	日～	年	月	日	
生活援助の月延べ回数	回		利用開始月	年	月から		
訪問介護の生活援助が規定回数を超える理由 (下記の内容を記載してください。 ・ 生活援助中心型の訪問介護を位置付けるに至った経緯 ・ 本人と本人の家族等周囲の状況 ・ 継続して頻回の訪問介護を利用する理由 等)							
導入の効果							

◎添付書類 別紙の提出書類一式