**生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となる場合の届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　五霞町長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 居宅介護支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 介護支援専門員名

　訪問介護における生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となるため、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生　 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 要介護度 | 要介護１　　・　　要介護２　　・　　要介護３　　・　　要介護４　　・　　要介護５ |
| 認定期間 | 　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護が必要な理由 |  |
|  |
| 見込める効果 |  |
|  |

＊基本情報・アセスメント表・居宅サービス計画書(第1表～第7表)の写しを添付すること