

訪問介護（生活援助中心型）についての届出書

※居宅サービス計画書第1～4表を添付すること。

居宅介護支援 事業所名			担当者名		
事業所電話番号	()		事業所FAX番号	()	
被保険者番号			被保険者氏名	(歳)	
被保険者住所					
直近のサービス 担当者会議日	年	月	日	認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日

要介護度	居宅サービス計画に位置付けた訪問介護（生活援助中心型）の回数				回
☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	※居宅サービス計画に位置付けた訪問介護（生活援助中心型）の回数 が要介護度別に下記の回数以上であるかどうか。				
家族状況 ※配偶者、子、兄弟など	☐ 下記の回数以上である ☐ 下記の回数未満である → 届出不要				
☐ 独居 ☐ 同居 (人) ※敷地内同居含む ☐ 別居 (人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	27回	34回	43回	38回	31回

家族の状況			
続柄	名前（年齢）	同居／敷地内同居／別居 （○で囲む）	要介護、障がい、疾病等家事ができない理由を 記入。別居の場合は、その住所を記入。
	(歳)	同居／敷地内同居／別居	
	(歳)	同居／敷地内同居／別居	
	(歳)	同居／敷地内同居／別居	
	(歳)	同居／敷地内同居／別居	
	(歳)	同居／敷地内同居／別居	
	(歳)	同居／敷地内同居／別居	

本人の状況と訪問介護（生活援助中心型）の必要性（できるだけ詳しく記入してください）

--

他のサービス（介護保険サービス以外のサービスや地域資源も含む）の利用状況

--

津市記入欄

--

受付印欄

--