

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 F A X 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
<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 下記の回数以上である <input type="checkbox"/> 下記の回数未満である → 届出不要	
家族状況 ※配偶者、子、兄弟など <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（ 人）※敷地内同居含む <input type="checkbox"/> 別居（ 人）	要介護1	要介護2
	27回	34回
	要介護3	要介護4
	43回	38回
	要介護5	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