

年 月 日

愛南町長 様

事業所	住所	
	名称	
	管理者氏名	
	担当者氏名	
	電話番号	

居宅サービス計画の届出について(照会)

標記の件について、次のとおり関係書類を添えて照会します。

1. 利用者

被保険者番号		介護度	
住所		認定有効期間	
氏名		生年月日	
障害高齢者自立度		認知症高齢者自立度	

2. 届出の区分(該当する項目に○を付けてください。)

項目	区分
	(1) 認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所の利用
	(2) 二人の訪問介護員等による訪問介護
	(3) 同居家族がいる利用者への生活援助
	(4) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる利用者への車いす等の貸与
	(5) 生活環境において段差の解消が必要と認められる利用者への移動用リフトの貸与
	(6) その他()

3. 理由(上記の区分に対応する理由を具体的に記入してください。)

--