

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	

町長が定める回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を  
位置付けた居宅サービス計画の届出

標記の件について、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

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) 新規の居宅サービス計画
	(2) 要介護更新認定後の初回の居宅サービス計画
	(3) 要介護度の変更により訪問回数が基準回数以上となる。
	(4) 居宅サービス計画の変更により訪問回数が基準回数以上となる。
	(5) その他( )

3. 訪問介護(生活援助中心型)の回数/月(要介護度の欄に回数を記入してください。)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
(基準回数)	27回	34回	43回	38回	31回
計画上の回数					

4. 理由(基準回数以上になる理由を具体的に記入してください。)

--