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

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

泉佐野市長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

連絡先

　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の定める回数以上となるため、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ケアプラン作成者 |  |

対象者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | |
| 氏　名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 要介護度 | □要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 | | |
| ケアプラン開始日 | 年　　　月　　　日 | | |

厚生労働大臣の定める回数以上となる理由

|  |
| --- |
|  |

位置づけた生活援助を提供することにより見込める効果

|  |
| --- |
|  |

添付書類：アセスメント表、居宅サービス計画書（１）（２）、週間サービス計画表、サービス担当者会議録