様式第３号

規定回数以上の生活援助中心型訪問介護届出書

米　原　市　長　　様

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　連絡先

標題の件について、以下のとおり届け出ます。

１　対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日・年齢 |  |
| 介護度 |  |

２　生活援助中心型訪問介護の１月当たりの回数

|  |
| --- |
|  |

３　位置づけた回数が必要な理由

|  |
| --- |
| □　居宅サービス計画記載のとおり□　居宅サービス計画記載のほか、以下のとおり |