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