

稲城市長 殿

事業所名

事業所所在地

電話番号

担当者名

一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）の利用に関する理由書

下記の被保険者について、一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を利用しているため、別紙のとおり居宅サービス計画等を提出いたします。

記

1 被保険者情報

被保険者番号								被保険者氏名			
0	0	0	0								
認定有効期間								利用開始（予定）日			
年 月 日 ~				年 月 日				年 月 日			
要介護度（基準回数）								→ プラン上の回数			
<input type="checkbox"/>	要介護1		（ 27回 / 月 ）		→		（ 回）				
<input type="checkbox"/>	要介護2		（ 34回 / 月 ）		→		（ 回）				
<input type="checkbox"/>	要介護3		（ 43回 / 月 ）		→		（ 回）				
<input type="checkbox"/>	要介護4		（ 38回 / 月 ）		→		（ 回）				
<input type="checkbox"/>	要介護5		（ 31回 / 月 ）		→		（ 回）				

2 訪問介護（生活援助中心型）の提供内容

<input type="checkbox"/> 移動能力
<input type="checkbox"/> 栄養・食生活
<input type="checkbox"/> 医学的管理
<input type="checkbox"/> 認知症
<input type="checkbox"/> その他

裏面もご記入ください。

(居宅介護支援事業所作成)

3 特記すべき事項

--

※添付書類

- 最新の居宅サービス計画（第 1～4 表）
- 一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）利用者の状況について（訪問介護事業所が作成し、居宅介護支援事業所へ提出）

※その他の記録や書類の提出を求める場合があります。

**本理由書は、居宅サービス計画を作成（変更）した
翌月の末日までに市へ提出してください。**