年　　　月　　　日

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 |
| * □　要介護１　（　27回　／　月　）　　→　　（　　　　回）
* □　要介護２　（　34回　／　月　）　　→　　（　　　　回）
* □　要介護３　（　43回　／　月　）　　→　　（　　　　回）
* □　要介護４　（　38回　／　月　）　　→　　（　　　　回）
* □　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

|  |
| --- |
| □　移動能力□　栄養・食生活□　医学的管理□　認知症□　その他 |

裏面もご記入ください。

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。