

# 訪問介護の生活援助が国が定める回数以上となる場合の届出書

年 月 日

阿南市長 宛て

居宅介護支援事業所名  
事業所所在地  
事業所電話番号  
介護支援専門員名

訪問介護における生活援助が中心型サービスが、国が定める回数以上となるため届け出ます。

ふりがな			被保険者 番号		
被保険者名					
生年月日（年齢）	年 月 日（ ）		性別	男	女
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
生活援助の回数 （要介護度の欄に記入）					
認定期間	年 月 日		～	年 月 日	
国が定める回数以上の訪問介護が必要な理由 （生活援助が必要な理由及び、上記回数が必要な理由について、具体的に記入してください。）					

備考 ①基本情報・アセスメント表・課題整理統括表・居宅サービス計画書（第1表～第3表及び第6表・第7表）  
・お薬手帳・訪問介護計画書（訪問介護事業所から提供を受けたもの）の写しを添付してください。  
②届出書の提出がなくサービスを利用した場合は、保険給付の対象となりません。