

**生活援助中心型の訪問介護サービス利用届出書
訪問介護サービスのケアプラン等届出書**

加ガナ 被保険者氏名		保険者番号		0	9	2	1	3	0
	被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	那須塩原市		電話						
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
<input type="checkbox"/> 生活援助中心型訪問介護サービスについて									
	利用開始月年 月 から	生活援助の月延べ回数	回						
<input type="checkbox"/> 「区分限度基準額の利用割合が7割以上」かつ「サービス費の総額の6割以上が【訪問介護サービス】」									
訪問介護の生活援助が規定回数を超える理由及び業者選定理由									
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> フェースシート又はアセスメント表 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (第1表~第6表) <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書 (訪問介護事業所から提供を受けたもの)								
那須塩原市長 様 上記のとおり、添付書類を添えて届出ます。 年 月 日 事業所名 事業所住所及び連絡先 介護支援専門員等氏名									

※那須塩原市記入欄

上記のとおり、提出がありましたので報告します。

課長	補佐	係長	係員	起案者	公印使用承認	起案	年 月 日
					/	決裁	年 月 日