

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護についての届出書

被保険者番号	0 0 0	届出日	年 月 日
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	要介護度	

居宅介護支援事業者	
事業者の所在地	
担当介護支援専門員氏名	

訪問回数の多い 生活援助を必要 とする理由				基準となる回数	
				要介護1	27回
				要介護2	34回
				要介護3	43回
				要介護4	38回
訪問介護計画	月 回	週 回	1回	時間	要介護5 31回
サービス内容					
生活援助内容					
他サービスの 利用状況					
限度額超過	無 ・ 有				

◆添付資料： 届出書、アセスメント、ケアプラン(第1表～第3表)、
サービス担当者会議の要点、利用票・別表、訪問介護サービス計画書

奈良市確認欄

再提出の目安 (見直しを含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族構成や家族の状況の変化があった ・サービス利用内容に変更が生じた ・前回提出から1年経過した
--------------------	---

--