**生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となる場合の届出書**

年　　月　　日

登米市長　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

介護支援専門員氏名

訪問介護における生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となるため、届け出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | 被保険  者番号 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  | | |
| 要介護度 | |  | | |
| 認定期間 | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | |
| **厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護が必要な理由** | | | | |
| **見込める効果** | | | | |

添付書類：基本情報、アセスメント表、居宅サービス計画書（第１表～第７表）