

生活援助中心型サービスが厚生労働大臣の定める回数以上になる場合の届出書

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号				
フリガナ		0	0	0		
		生 年 月 日				
		明・大・昭		年	月	日
		要介護度	1	2	3	4
認 定 有 効 期 間		年 月 日		～	年 月 日	
規定回数以上の生活援助中心型サービスの開始月及び月延べ回数		年 月 月から			回	
規定回数以上の生活援助が必要な理由	※必要な理由がケアプランの内容からわかる場合は居宅サービス計画のとおりと記入してください。					
吹田市長 宛						
上記のとおり、厚生労働大臣が定める回数以上の生活援助中心型サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したため、添付書類を添えて届出ます。						
年 月 日						
事業者番号						
事業者名						
事業者所在地及び連絡先					TEL	
介護支援専門員氏名						

※添付書類 居宅サービス計画書（第1表～第7表）・基本情報・アセスメント表

受付日