

年 月 日

町田市長 様

事業所名

事業所住所  
(電話番号)

サービス提供責任者氏名

### 一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）利用者の現状について

下記の被保険者について、一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を利用している現状について、下記のとおり提出いたします。

#### 記

##### 1 被保険者情報

被保険者番号	被保険者氏名

##### 2 訪問介護（生活援助中心型）の提供内容

--

##### 3 訪問介護事業所から見た一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）の必要性 (サービス提供を行う訪問介護員等の意見も聞き取りし、記入してください)

--