

町田市長 様

事業所名

事業所住所
(電話番号)

管理者名

一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）の利用に関する理由書

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）を利用しているため、別紙のとおり居宅サービス計画等を提出いたします。

記

1 被保険者情報

被保険者番号				被保険者氏名				家族構成（ジェノグラム）			
要介護度				要介護（1・2・3・4・5）							
認定有効期間				～							
訪問介護（生活援助中心型）の回数				回（一定回数 介1：27回、介2：34回 介3：43回、介4：38回、介5：31回）							
障がい高齢者の日常生活自立度				認知症高齢者の日常生活自立度							

2 一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づけた理由

〈裏面も記載ください〉

3 目標達成のため、訪問介護（生活援助中心型）の代わりに検討したサービス
（介護保険サービス以外についても検討した内容を記載してください）

	検討したサービス種別	利用に至らなかった理由
1		
2		
3		
4		
5		

4 上記3が空欄の場合は、検討しなかった理由

--

5 今後の方針

--

6 添付書類

- 最新の居宅サービス計画（第1～4表、6表、7表）
- 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（訪問介護事業所作成・提出）
- その他、必要記録・書類等

《留意事項》

本理由は、居宅サービス計画を作成（変更）した翌月の末日までに市へ提出してください。