**厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護サービス**

**(生活援助中心型)を位置付けた場合の届出書**

大垣市長　様

年　　月　　日

事業者名

代表者氏名

**①被保険者の情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 要介護度 | 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |

※要介護度は、該当するものを〇で囲んでください。

**②事業所及び担当ケアマネジャーの情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当ケアマネジャー |  |
| 電話番号 |  |

**③訪問介護サービス（生活援助中心型）を位置づけた回数（１月当たり）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| 厚生労働大臣が定める回数 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 位置付けた回数 |  |  |  |  |  |

（　　　年　　月分）

**④厚生労働大臣が定める回数以上となった理由**