年　　月　　日

規定回数以上の生活援助中心型訪問介護届出書

長浜市健康福祉部高齢福祉介護課長　様

事業所名

担 当 者

標題の件について、以下のとおり届け出ます。

１．対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 生年月日・年齢 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |

２．生活援助中心型訪問介護の1月あたりの回数

|  |
| --- |
|  |

３．位置づけた回数が必要な理由

|  |
| --- |
| □　居宅サービス計画記載のとおり□　居宅サービス計画記載のほか、以下のとおり |

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　様

長浜市健康福祉部高齢福祉介護課長

規定回数以上の訪問介護の居宅サービス計画位置づけ確認通知書

　　　年　　月　　日付で届出のありましたこのことについて、次のとおり確認しましたので、通知します。

|  |
| --- |
| □　届出内容について、妥当であることを確認しました。□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |