年　　　月　　　日

稲城市長　殿

事業所名

事業所所在地

電話番号

担当者名

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 |
| 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

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。

|  |
| --- |
|  |