厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護（生活援助）算定理由書

年　　月　　日

三芳町長　宛て

居宅介護支援事業所名

事業所所在地

事業所電話番号

介護支援専門員氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 |  | 生年月日（年齢） | 年　 月　 日（　） |
| 被保険者番号 |  | 要介護状態区分 |  |
| 生活援助回数 | 　　月　　　　回 |  |

【厚生労働大臣が定める回数（生活援助）】該当介護度に〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |

【生活援助算定理由】生活援助を下記の回数位置付けた算定理由を書いてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種目 | 週の回数 | 算定理由 |
| 掃　除 | 週　　　回 |  |
| 洗　濯 | 週　　　回 |  |
| 調　理 | 週　　　回 |  |
| 買い物 | 週　　　回 |  |
| その他 | 週　　　回 |  |

※本理由書と基本情報、アセスメント表、居宅サービス計画書（第１～４表、第６表、第７表：利用者へ同意を受け、交付したもの）を翌月末日までに町へ届け出ください。