別紙２

年　　月　　日

御所市高齢対策課

介護認定給付係　御中

居宅介護支援事業所名

　事業所所在地

事業所電話

介護支援専門員氏名　　　　　　　　㊞

　平成３０年１０月以前の利用者で訪問介護（生活援助中心型）の回数が厚生

労働大臣が定める回数以上となっている利用者について報告します。

該当する□にチエックする

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者 | 氏名 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | 認定有効期間 | 年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| ３ | 要介護度 | □要介護１　 | □要介護２ | □要介護３ | □要介護４ | □要介護５ |
| 訪問介護利用回数 | 回/月 | 回/月 | 回/月 | 回/月 | 回/月 |
| ４ | 定める回数以上が必要な理由 |  |

枚数が足りない場合はコピーして作成してください

＊参考

市へ届出が必要となる回数（１ヶ月）

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