**訪問介護（生活援助中心型）に関する届出書**

１　届出者（介護支援専門員）に関すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者 |  | 事業所名 |  |
| 事業所(電話) |  | 事業所(住所) |  |

２　利用者等に関すること【○は介護度：①27回、②34回、③43回、④ 38回、⑤31回】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | 要介護度 |  | 生活援助の回数（月） | 回 |
| 生活援助実施日 | | 日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 （週 　日） | | | | |
| 生活援助実施時間帯 | | 早朝　・　日中　・　夕方　・　夜間 | | | | |
| 生活援助における  主なサービス内容 | | 掃除・洗濯・ベッドメイク・衣類の整理・調理（配下膳）  買い物・薬の受け取り・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 世帯・家族環境等 | |  | | | | |
| 代替サービスの検討(※) | |  | | | | |
| 具体的な理由 | |  | | | | |
| 基準回数以下となった場合の懸念事項・影響等 | |  | | | | |
| サービス提供責任者による意見・見解 | |  | | | | |

（※）代替サービスとは、配食サービス、社会福祉協議会事業、その他民間事業等を含む

３　提出書類（レ点でチェックしてください）

* フェイスシート（基本情報）及びアセスメント（プラン作成時のもの）の写し
* 居宅サービス計画書　第１表～第７表及びモニタリング表（当該月）の写し
* 訪問介護計画書の写し

４　事業所管理者の確認欄　　　　　　　 　　　管理者名(自署)

（以下は区が記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区受付日 |  | 受付者 |  |