

**「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」に係る届出**

\_\_\_\_\_年 月 日

(あて先) 藤岡市長

(届出者) 事業所名  
事業所住所・連絡先  
介護支援専門員氏名

別紙のとおり、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）が必要であると判断し、居宅サービス計画を作成したので届け出ます。

被保険者番号	_____	被保険者氏名	_____
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	藤岡市 TEL ( ) -		
認定有効期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日		
要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
利用訪問事業所名	_____		
添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の写し（第1表～第7表） （利用者又その家族から同意を得たものの写し） <input type="checkbox"/> 情報提供票		

----- 市 使 用 欄 -----

備考	1. 初回 2. 前回提出有（直近 _____年 月 日） 検討等の実施（直近 _____年 月 日）
利用回数（1月）	_____
介護保険係記入欄（受付時）	_____
地域包括支援センター記入欄	_____
介護保険係記入欄（結果）	_____

決裁	市長	副市長	部長	副部長	課長	係長	担当	決裁 年 月 日
								完結 年 月 日
								保存 永・10・5・3・1
公開 ・ 非公開				開示 ・ 非開示			分類番号 ・ ・	
元気長寿課長 (地域包括支援センター)								