

生活援助中心型算定に係る理由書

令和 年 月 日

鋸南町長 様

居宅介護支援事業所
(介護支援専門員)

事業
所印

被保険者及び被保険者の状況、算定理由は下記及び別添の居宅介護サービス計画書（第1・2・3・4表）のとおりですので、訪問介護の生活援助中心型の利用について承認願います。

フリガナ						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	鋸南町					電話番号 ()	
要介護区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5						
算定の始期	令和 年 月 日 から ※理由書は算定の始期のみ提出が必要です						
理 由 (該当するものに○をつける)	1 家族等が障害、疾病、高齢等のため、家事を行なうことが困難 2 1と同等のやむを得ない事情により、家事を行なうことが困難 (計画書に記載のない場合、記入) 						
世帯構成	区分	氏名	年齢	続柄	生活状況（職業・心身状況・介護の状況）		

※ 「区分」欄は、介護を受ける方に○、主たる介護者に1、従たる介護者に2を記入する。

町記入欄

保 險 者 欄	確認事項			取扱者印
	保健福祉課長	福祉支援室長	課 員	