

訪問回数の多い訪問介護算定に係る理由書

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

下記の被保険者について、記載の内容のとおり厚生大臣が定める回数以上の訪問介護を居宅サービス計画に位置付けて介護報酬を算定することについて承認願います。

記

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 ()				
要介護状態区分※	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
認定有効期間	令和	年	月	日から令和	年	月	日まで			

【算定の内容】

1月あたりの回数 () 回)
サービスコード ()

厚生労働大臣が定める回数
要介護1 27回 要介護2 34回
要介護3 43回 要介護4 38回
要介護5 31回 (1月につき)

【理由について※】

1 別添の居宅サービス計画のとおり
2 別添の居宅サービス計画に理由がない場合に理由を記載

※該当箇所を丸で囲む。

町記入欄

保険者欄	確認事項		取扱者印
	確認年月日: 令和 年 月 日		
	保健福祉課長	福祉支援室長	課 員