

# 介護保険 訪問介護協議書

令和 年 月 日

美幌町福祉部保健福祉課  
(高齢介護グループ) 様

事業所住所  
事業所名  
担当支援専門員  
電話番号

下記被保険者の指定介護（予防）訪問介護利用に伴い、介護保険適用の可否について協議いたします。

保険者番号	〇〇〇〇	介護度	
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所			
協議内容			
協議を必要とする理由	(本人や家族の状況を含め具体的に記載する)		

## 添付書類

- 直近のケアプラン
- サービス担当者会議録
- その他 ( )