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 | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  | 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　（ ）