

協 議 書

令和 年 月 日

(あて先) 八尾市長

事業者名
事業所名
代表者名

印

別居親族による訪問介護サービスの提供について

別居親族である訪問介護員等による訪問介護サービスを下記のとおり提供したいので協議します。

記

<input type="checkbox"/> 新規に派遣	<input type="checkbox"/> 継続して派遣 (年 月～派遣中)							
訪問介護事業者	法 人 名							
	事 業 所 名			事 業 所 番 号				
	所 在 地	〒 _____ TEL _____						
	通常の事業実施地域							
	管理者の氏名				担当サービス提供責任者の氏名			
訪問介護員等	氏 名				利用者との続柄			
	住 所							
利用者	氏 名				被保険者番号	_____	_____	_____
	要介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		性別	男・女	年齢	歳	
	住 所							
	要介護認定期間	年 月 日 ~			年 月 日			
介護支援専門員	氏 名				事 業 所 番 号	_____	_____	_____
	事 業 所 名							
	事業所所在地	〒 _____ TEL _____						
サービス担当者会議等	開 催 日	年 月 日						
	出 席 者							
	議 事 要 旨							
認知症等による主治医への意見確認	認 知	<input type="checkbox"/> 有 (I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)			<input type="checkbox"/> 無			
	確 認 (日)	<input type="checkbox"/> 確認していない		<input type="checkbox"/> 確認している (年 月 日)				
	確 認 者							
別居親族である訪問介護員等を派遣する理由 (具体的に)								
派遣予定期間	年 月 日 ~			年 月 日				

(注意) 下記の資料を別途添付すること

- ① 居宅サービス計画 第1表～第3表
- ② 訪問介護計画

以上