# 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

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

| | |
|---|---|
| □　新規に派遣 | □　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 | 〒<br>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 | 〒<br>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 | □　有（ Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M ）　□　無 | | | | |
| | 確認（日） | □　確認していない　□　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