様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）紀の川市長

事業所名

代表者名

別居親族による訪問介護サービス等の提供についての協議書

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護サービス事業所等 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | 事業者番号 | | | |  | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | 年齢 |  | | | 性別 |  | | 要介護度 |  |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  | 認定有効期間 | | | | | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | | |
| 介護支援  専門員 | 氏　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業者名 |  | | | | | 事業者番号 | | | |  | | |
| 居宅介護支援  事業所所在地 | 〒  電話 | | | | | | | | | | | |
| サービス  担当者会議 | 開催日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 出席者 |  | | | | | | | | | | | |
| 議事要旨 |  | | | | | | | | | | | |
| 別居親族である訪問  介護員等を派遣する  理由等 | |  | | | | | | | | | | | |
| 派遣区分 | | □　新規に派遣 | | □　継続して派遣（　年　月から派遣中） | | | | | | | | | |
| 派遣予定期間 | | 年　　月　～　　　　　年　　月（6月以内） | | | | | | | | | | | |

紀の川市別居親族による訪問介護サービス等の協議取扱要綱第５条に規定する書類の写しを添付

してください。