

<別表2>

\*「厚生労働大臣が定める回数以上利用の訪問介護」の届出をする場合に添付してください。

日常生活自立度	寝たきり	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
世帯状況	独居 ・ 家族と同居 ・ サービス付き高齢者住宅等	
サービスの継続性	限定的である (概ね か月)	
	継続的である	
	その他 ( )	
給付単位上の サービス種類と 1か月(届出月)の 利用回数について	(記入例)	生活3 × 45 回  ( ) × ( ) 回 ( ) × ( ) 回 ( ) × ( ) 回 ( ) × ( ) 回 ( ) × ( ) 回 <hr/> 合 計 ( ) 回