**＜別表２＞**

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

**１　給付単位上のサービス種類と１ケ月（届出月）の利用回数について**

（　　　　　　　　　　）×（　　　）回（記載例）生活３×４５回

（　　　　　　　　　　）×（　　　）回

（　　　　　　　　　　）×（　　　）回

（　　　　　　　　　　）×（　　　）回

（　　　　　　　　　　）×（　　　）回

　　　　　　合　　計　　　　　（　　　）回

２　サービスの継続性について

　該当するものに○をつけてください。

　　ａ　限定的である（概ね　　　ヶ月）

　　ｂ　継続的である

　　ｃ　その他