

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書

フリガナ 被保険者氏名	-----	被保険者番号												
		生年月日	明・大・昭 年 月 日生											
性別	男・女	要介護度	要介護											
居宅介護支援事業所名						事業所の所在地								
						電話番号 ()								
計画作成日	年 月 日	生活援助の月延べ回数	回											
訪問介護の生活援助が規定回数を超える理由	※基準回数 要介護1：27回 要介護2：34回 要介護3：43回 要介護4：38回 要介護5：31回													
※家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状がある事、その他の事情により、利用が必要な理由がケアプランの記載内容からわかる場合は、「居宅サービス計画に記載のとおり」とご記入ください。														
苫小牧市長 宛 訪問介護（生活援助中心型）について、厚生労働大臣の定める回数以上を居宅サービス計画に位置付ける必要があるため、上記のとおり届け出します。 年 月 日 居宅介護支援事業所名 介護支援専門員氏名														
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> ケアプラン（1表～7表） （5表は生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみ提出可） <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> アセスメント表 ※その他状況が確認できる書類があれば提出してください。										受付日			

※本届出書は、居宅サービス計画を作成又は変更を行った月の翌月末日までに提出してください。