

訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数が多いケアプランの届出書

令和 年 月 日

中 泊 町 長 様

事業所名		事業所番号	
事業所住所			
電話番号			
介護支援専門員 氏 名			

フリガナ			被保険者 番 号			
被保険者 氏 名			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
住所						
介護認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
届け出の理由	<input type="checkbox"/> 新規に居宅サービス計画を作成 <input type="checkbox"/> 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成 <input type="checkbox"/> 要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった					
要介護度・生活援助 中心型の回数／月	要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	基準回数	2 7 回	3 4 回	4 3 回	3 8 回	3 1 回
	計画上の 回 数					
訪問介護の生活援助 が基準回数以上とな る理由						
添付書類	◎フェースシート、アセスメントシート ◎居宅サービス計画書（第 1 表～第 7 表） ※利用者から同意を得て交付しているもの ◎課題整理総括表					