

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
	基準回数	27回	34回	43回	38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	<input type="checkbox"/> フェースシート、アセスメントシート <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 課題整理総括表				