訪問介護（生活援助中心型）の回数が頻回なケアプランの届出書

（宛先）入間市長

　　　　　　次のとおり届出します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | （　　　　　年　　　　月　　　　日　生） | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 介護度 | 要介護 | 認定期間  　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ケアプラン作成月 | 年　　　　月 | ※厚生労働大臣が定める介護度別基準回数（ひと月あたり） | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護回数 | 回　／　月 | 要介護１ | 要介護２ | | | | 要介護３ | | | 要介護４ | | | | 要介護５ | | |
| ２７回 | ３４回 | | | | ４３回 | | | ３８回 | | | | ３１回 | | |
| 訪問介護が  基準回数以上となる理由  （具体的に記入） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護  事業所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出  居宅介護支援事業所 | 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地　　　〒    電話番号　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  （コピー） | 【居宅サービス計画書（ケアプラン）】  　□第１表：居宅サービス計画書（１）  　□第２表：居宅サービス計画書（２）  　□第３表：週間サービス計画表  　□第４表：サービス担当者会議の要点  【その他書類】  　□課題分析表（アセスメント表）  　□訪問介護計画書 | | | | | | | | | | | | | | | |

※基準回数以上の訪問介護（生活援助中心型）をケアプランに位置づけるたびに届出が必要です。（新規・変更・更新・計画変更）