年　　月　　日

たつの市長　様

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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 現住所 |  |
| 要介護度・生活援助中心型の回数／月（要介護度の欄に回数を記入してください。） |
| 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 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の回数 |  |  |  |  |  |
| 認定期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 計画作成の区分 | □新規　□更新　□区分変更　□計画変更　□その他（　　　　） |
| 利用者の状況等（身体状況、生活状況、サービスの利用状況、家族の介護協力など） |  |
|  |
|  |
|  |
| 訪問介護の生活援助中心型を基準回数を超えてケアプランに位置付けた理由 |  |
|  |
|  |
|  |
| 添付書類 | □居宅サービス計画書（第１表、第２表、第３表、第４表、第５表、第６表、第７表）□訪問介護計画書※居宅サービス計画書（第５表）については、生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由の記載があるページのみで可。※写しを添付してください。 |
| 指定居宅介護支援事業所名 |  |
| 事業所住所 |  |
| 事業所連絡先 |  | 介護支援専門員氏名 |  |