**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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）東金市長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |

居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付けましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | 認定有効期間 | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | 年　　月　　日 ～　年　　月　　日 | | | |

**要介護度・回数／月**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **訪問回数** | **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** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 基準回数を超える理由 |
|  |

【提出書類】

□ 居宅サービス計画書（第１表～４表、第６表サービス利用票、第７表利用票別表）

□ アセスメントシートの写し（基本情報）