　　　年　　　月　　　日

訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準回数を超えるケアプラン届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 担当者氏名 |  | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | | ０ |  | |  |  |  | |  |  |  | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 要介護度及び生活援助中心型の月利用回数  ※該当する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 | | |  | | |  | | | |  | | |  |  |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準回数以上の訪問介護が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |

【添付書類】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書　類　の　名　称 | 備　　　考 |
|  | 居宅サービス計画書⑴「第１表」 | 利用者へ交付し、署名があるもの |
|  | 居宅サービス計画書⑵「第２表」 |  |
|  | 週間サービス計画表「第３表」 |  |
|  | サービス担当者会議の要点「第４表」 |  |
|  | 居宅介護支援経過「第５表」 | 生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可 |
|  | サービス利用票「第６表」 |  |
|  | サービス利用票別表「第７表」 |  |
|  | 訪問介護計画書 | 訪問介護事業所から提供を受けたもの |