**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**

南 丹 市 長　様

　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 介護支援専門員氏名 | ㊞　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　所 | 〒電話番号 |
| 居宅サービス計画作成日 | 年　　　月　　　日 | 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（　　　　　） |
| 訪問介護（生活援助中心型）の回数※該当する区分の欄に回数を記入 | 要介護状態区分 | 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 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 基準回数以上となった理由※居宅サービス計画に詳細な理由が書かれている場合は概要のみ記入 |  |
| 提出書類※□にチェック | □アセスメント表（基本情報を含む）□居宅サービス計画書（１）「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（２）「第２表」□週間サービス計画表（３）「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」□訪問介護計画書の写し（訪問介護事業所から提供を受けたもの） |

居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末までに提出してください。