**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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 | ０ | ８ | ３ | ０ | ２ | ２ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 　　　年　　　　　月　　　　　日生 |
| 住　　　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 利用開始月 | 　　　　　年　　　　月　から |
| 厚生労働大臣が定める規定回数を超える訪問介護の必要性（理由） |  |
| 添付書類（写し） | □　アセスメントシート（基本情報を含む）□　居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」　　※「第1表」は、利用者へ交付し署名があるもの※「第5表」は生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみで可□　訪問介護計画書　　※指定居宅介護支援事業所（介護支援専門員）が訪問介護事業所から提供を受けたもの |
| 　（あて先）　茨　城　町　長　　上記のとおり、サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、規定回数を越える生活援助サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を添えて届出ます。　　年　　　月　　　日　　事業所名　　事業所連絡先　　介護支援専門員氏名 |