**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |