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

阿見町長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 担当介護支援専門員 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ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。

1. 対象被保険者

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| ケアプラン開始年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |

1. 届出の理由（該当する種別に**○**を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 種 別 | 説　明 |
|  | (1) 新規に居宅サービス計画を作成した。 |
|  | (2) 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。 |
|  | (3) 要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。 |
|  | (4) 居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。 |

1. 要介護度・生活援助中心型の回数／月（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 |  |  |  |  |  |

1. 提出書類チェック表（用紙のサイズはＡ４に統一してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書類の名称 | 注意事項 |
|  | 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「第３表」 |  |
|  | サービス担当者会議の要点「第４表」 | 任意提出。該当する帳票に生活援助中心型を位置付けた理由等の記載がある場合は提出してください。 |
| 　　　　 | 居宅介護支援経過「第５表」 |
|  | サービス利用票「第６表」 |  |
|  | サービス利用票別表「第７表」 |  |
|  | アセスメント表・基本情報 | 任意提出 |

1. その他

・届出の内容によっては、追加資料の提出をお願いする場合があります。

・検証の結果、必要と判断された場合には地域ケア会議にご参加いただく場合があります。