

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

届出日 平成 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	
介護支援専門員氏名	

**1 対象者**

被保険者	被保険者番号					
	氏名	(フリガナ)				
	住所					
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
計画作成の区分	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 継続 (第1表の記載された区分)					
居宅サービス計画作成(変更)日	平成 年 月 日					
訪問介護（生活中心型）の回数	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
	※該当する区分の欄に回数を記入	計画上の回数	回	回	回	回

**2 届出の理由**

提出履歴	提出履歴	回目
基準を超えてサービス利用が必要となった理由		

**3 添付書類チェックシート** にを入れて確認し、ご提出ください。

<input type="checkbox"/> 基本情報シート	
<input type="checkbox"/> アセスメントシート	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 第1表	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 第2表	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 第3表	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 第4表	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 第5表	生活援助が必要な理由を記載した部分。
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 第6表	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 第7表	
<input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し	