**訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準回数以上となるケアプランの届出書**

届出年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

（あて先）幸手市長

次のとおり届け出ます。

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

１．対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日　　　～　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| ケアプラン作成年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　 　　日 | | |
| サービス担当者会議開催日 | 年　　　　　　　　月　　　　 　　日 | | |
| 利用開始日 | 年　　　　　　　　月　　 　　　　日 | | |

２．訪問介護(生活援助中心型)の回数(１か月あたり)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（参考） | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の回数 |  |  |  |  |  |

３．基準回数以上の訪問介護が必要な理由（具体的に記入してください）

|  |
| --- |
|  |

４．添付書類(写し)

|  |
| --- |
| □利用者の基本情報  □居宅サービス計画書(第１表～第７表)　　　 　＊第1表：利用者の署名があるもの  ＊第４・５表は該当する部分のみ  □アセスメント表 |