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票

○居宅介護支援事業所及び作成者について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | |
| ケアプラン作成者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ケアプランについて | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　 月　 日 | | | | | | | | | |
| ケアプラン  有効期間開始日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |  | |  | | |  | | | |  | | | |
| 訪問介護の生活援助が  基準回数以上となる理由  及び  業者選定理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |

※添付書類　□ 課題分析（アセスメント）シートの写し　1部

　　　　　　□ 居宅サービス計画書「第１表」～「第４表」の写し　１部

　　　　　　□ 訪問介護計画書の写し　1部（事業所ごと）

※注意事項　○ 居宅サービス計画書「第１表」は、利用者へ交付し署名があるもの。

　　　　　　○ 用紙はA4サイズに統一してください。

　　　　　　○ 訪問介護計画書の写しは、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。