

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

栄町長 様

事業所名 _____

電話番号 _____

介護支援専門員氏名 _____

下記の被保険者について、生活援助中心型の訪問介護が厚生労働大臣が定める回数以上となるため届出します。

記

1 被保険者

氏名	
被保険者番号	
生年月日	
住所	

2 生活援助中心型の訪問介護の1月あたりの回数

(該当する要介護度の欄に計画上の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					

3 基準回数以上の生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由

--

4 添付書類チェック表

	居宅サービス計画書(1)第1表
	居宅サービス計画書(2)第2表
	居宅サービス計画表(3)第3表
	サービス担当者会議の要点 第4表

※地域ケア会議の検討資料として、第5表～第7表が必要になった場合は、提出をお願いする場合があります。