

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

龍郷町長 殿

年 月 日

事業所名

所在地

電話番号

介護支援専門員氏名

印

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。

フリガナ															
被保険者名	被保険者番号		5	2	7	0	0								
生年月日	年	月	日	性別	男・女										
住所	電話番号														
居宅サービス 計画作成日	年	月	日	認定期間	年	月	日	～	年	月	日				
届出履歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降（前回提出日： 年 月 日 ）														
訪問介護（生活援助中心型）の回数 ※該当する区分の欄に回数を記入	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									
	計画上の回数	回	回	回	回	回									
居宅サービス計画に位置付けた理由と期待される効果															
管理者意見（プラン作成者が管理者の場合は事業所内での検討内容）															
														管理者氏名	印

【添付書類】（写しをすべて提出してください）

- アセスメント表（基本情報を含む）
- 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
- サービス担当者会議の要点
- 居宅介護支援経過（生活援助が必要な理由の記載がある箇所）
- サービス利用票（短期目標開始日の属する月のもの）
- サービス利用票別表
- 訪問介護計画書（訪問介護事業所から提供を受けたもの）

【届出書の記述内容について】

○ 訪問回数

短期目標期間内で、最も多く算定する月の回数を記載してください。

○ 居宅サービス計画に位置付けた理由と期待される効果

主として、利用者の生活概況、介護支援専門員がプラン上に訪問介護を位置付けた理由、サービス提供したことにより期待される効果について記述してください。

○ 管理者意見

プラン作成者が管理者の場合は、当該プランについて事業所内で検討した内容を記述してください。所属する介護支援専門員が管理者のみの場合は空欄とします。

※基準回数を超える訪問介護の生活援助をケアプランに位置付けるたびに届出が必要です。

※居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末までに提出してください。

※居宅介護支援事業所の変更やケアマネジャーの交代等があった場合は、確実な引継を行ってください。