

## 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

届出日            年    月    日

### ○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						被保険者番号											
被保険者氏名						生年月日	明・大・昭	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  ※添付の居宅サービス計画で詳細の確認が取れる場合は、概要のみ記入。																	

### ○提出書類について

- ・課題分析（アセスメント）シート
- ・居宅サービス計画書 第1表～第7表 ※第1表は利用者へ交付し署名があるもの。