

# 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

平成〇〇年 〇月 〇日

**記載例**

三戸町長 あて

事業所の所在地

事業所名称

印

代表者氏名

事業所電話番号

- -

居宅介護支援専門員氏名

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）を位置づけたので、下記のとおり届け出ます。

## 記

フリガナ	サハ タロウ		被保険者番号	000098765		
被保険者氏名	三戸太郎					
住所	〒039-0000 三戸町大字 〇〇字△△ □-□ 電話番号 XXXX-XX-XXXX					
生年月日	明・大・昭 3年 3月 1日 (〇〇歳)			性別	男・女	
認定有効期間	平成〇〇年 〇月 〇日 ~ 平成〇〇年 〇月 〇日				要介護度	要介護3
訪問回数	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			50	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下さい。	
居宅介護サービス計画に位置づけた理由	<p>※この欄には主として以下の内容を記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活状況。</li> <li>・介護支援専門員がプラン上に訪問介護を位置づけた理由。</li> <li>・サービス提供をしたことにより期待される効果について。</li> </ul>					

※添付書類

アセスメントシート

居宅サービス計画書

サービス利用票

サービス利用票別表

サービス担当者会議の要点

※提出時期

作成又は変更した居宅サービス計画のうち、利用者の同意日の翌月末まで