

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 年 月 日

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						
被保険者氏名						被保険者番号
住 所	〒 三戸町大字 電話番号 - -					
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）				性別	男 ・ 女
認定有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日					要介護度
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					
居宅介護サービス計画に位置づけた理由						

※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