

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

令和〇〇年〇月〇日

記載例

三戸町長 殿

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	令和〇〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇〇年 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	※この欄には主として以下の内容を記述して下さい。 ・利用者の生活状況。 ・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。 ・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。					

※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