

(届出日) 年 月 日

阿蘇市長 様

訪問介護(生活援助中心型)の回数が多い居宅サービス計画等の届出書

居宅サービス計画に位置付けた生活援助中心型の訪問介護が厚生労働大臣が定めた回数以上となるため、次のとおり届け出ます。

指定居宅介護 支援事業所名			
介護保険 事業所番号		担当介護支援 専門員氏名	
電話番号		E-mail	

フリガナ			被保険者番号		
被保険者氏名			生年月日	年	月 日 (歳)
住 所					
居宅サービス計画 作成(変更)年月日	年 月 日				
計画作成の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> その他()				

要介護度・生活援助中心型の回数/月 (該当する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
厚生労働大臣が定める回数	27回	34回	43回	38回	31回
計画上の生活援助の回数					

利用者の状況等 (心身の状況, 生活 状況, サービスの利 用状況, 家族の支 援状況など)	
厚生労働大臣が 定める基定の回数 以上となった理由	
添付書類 ※添付書類は「写し」 を提出してください。	<input type="checkbox"/> 課題整理総括表 <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書 (ある場合のみ) <input type="checkbox"/> フェイスシート(基本情報)及びアセスメントシート(課題分析表) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1～第7表) 注)第1表は、利用者へ交付し、署名があるもの。 注)第5表は、生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可。(第1表のみに記載の場合は不要。) 注)第6表は、実績の記載不要。

提出期限: 居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末まで