

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

奄美市長様

年 月 日

事業所名	
所在地	
電話番号	
介護支援専門員氏名	

フリガナ											
被保険者名	被保険者 番号										
生年月日	年	月	日	性別	男・女						
住所	〒  電話番号										
居宅サービス 計画作成日	年	月	日	認定期間	年 月 日～ 年 月 日						
届出履歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降(前回提出日: 年 月 日)										
訪問介護（生活援助中心型）の回数 ※該当する区分の欄に回数を記入	要介護状態区分	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	回	回	回	回	回					
基準回数以上となった理由 ※具体的に記入してください											
提出書類 ※□にチェック	<input type="checkbox"/> アセスメント表（基本情報を含む） <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（1）「第1表」（利用者へ交付し、署名があるもの） <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（2）「第2表」 <input type="checkbox"/> 週間サービス計画表（3）「第3表」 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点「第4表」 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援経過「第5表」（生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可） <input type="checkbox"/> サービス利用票「第6表」 <input type="checkbox"/> サービス利用票別表「第7表」 <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し（訪問介護事業所から提供を受けたもの）										

※基準回数を超える訪問介護の生活援助をケアプランに位置付けるたびに届出が必要です。

※居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末までに提出してください。

※居宅介護支援事業所の変更やケアマネジャーの交代等があった場合は、確実な引継を行ってください。