

訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準回数以上となるケアプランの届出書

年 月 日

(あて先) 新温泉町長 様

次のとおり届出します。

居宅介護支援事業所名		事業所番号	
事業所所在地	〒		
電話番号			
介護支援専門員氏名			

被 保 険 者 氏 名			被保険者番号		
住 所 （ 居 住 地 ）	〒				
生 年 月 日	M・T・S 年 月 日				
認 定 有 効 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日				
住 居 の 状 況	☐ 独居 ☐ 家族と同居 ☐ 老人ホーム等（施設名：				
家 族 等 の 介 護 の 状 況					
要 介 護 度 （該当するものに☑）	☐ 要介護1	☐ 要介護2	☐ 要介護3	☐ 要介護4	☐ 要介護5
基 準 回 数 （ 参 考 ）	27回	34回	43回	38回	31回
1 月 あ た り の 利 用 回 数	月 回		限 度 額 超 過 の 有 無	☐ 有 ☐ 無	
サ ー ビ ス 内 容 ・ 頻 度					
訪 問 回 数 の 多 い 生 活 援 助 が 必 要 な 理 由					
居 宅 サ ー ビ ス 計 画 作 成 日	年 月 日	サ ー ビ ス 担 当 者 会 議 開 催 日		年 月 日	

- (注) 1. この届出書に居宅サービス計画書等の写しを添付すること。
※必要に応じて、聞き取りや追加の資料提出を依頼することがあります。
2. 居宅サービス計画の再作成または変更があった場合には、再度届出すること。
3. 届出書及び添付資料の確認をした結果、計画の見直しを依頼することがあります。
※必要に応じて、地域ケア会議等で検証を行う場合があります。