厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型サービス）を

位置づけたケアプランの届出書

届出日：　　　年　　　月　　　日

戸田市長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 介護支援専門員氏名 |  |
| 電話番号 |  |

居宅介護支援事業所所在地を圏域とする地域包括支援センターの意見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 被保険者番号 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 住所 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 認定有効期間 | | | |
| 氏名 |  | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | | | |
| 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 |  |  |  | |  | |  |

【注意事項】

※下記添付書類の写しを本届出書とともに必ずご提出ください。

・利用者基本情報　　　・アセスメント表　　　・ケアプラン（第１表から第７表）

※提出期限はケアプランを作成又は変更した翌月の末日までとなります。

　※市役所来庁、地域ケア会議参加等の方法によりケアプランについて説明いただく場合

があります。

　※身体介護を行った後に引き続き生活援助中心型サービスを行った場合は回数に含みま

せん。