|  |  |
| --- | --- |
| 届出年月日 | 年　　月　　日 |

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

※この届出書を表紙とし、被保険者毎に提出書類をまとめて提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 介護度 |  |
| 認定期間 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

１　訪問介護（生活援助中心型）の回数／月（該当する要介護度の欄に、回数をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要 介 護 度 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| 基 準 回 数 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の回数 |  |  |  |  |  |

２　届出の理由（該当する理由に○をご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 該当 | 理　　　　　　　　　由 |
|  | 新規に居宅サービス計画を作成した。 |
|  | 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。 |
|  | 要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。 |
|  | 居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。 |

３　理由（基準回数以上となった理由を具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

（以下小金井市確認欄）