年　　月　　日

久喜市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

**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**

　標題の件について、下記のとおり届け出ます。

記

**１　対象被保険者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 居宅サービス計画作成年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**２　訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数（1月あたり）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

**３　基準回数を超えた理由**

|  |
| --- |
|  |

**４　添付書類チェック**

|  |
| --- |
| [ ] アセスメント表の写し[ ] 居宅サービス計画書（「第1表」～「第7表」）の写し※「第1表」は利用者へ交付し署名があるもの※「第5表」は生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみで可 |

|  |  |
| --- | --- |
| 市記入欄（何も記入しないでください） | 確認印 |