

久喜市長 あて

〒

住所.....

事業所名.....

担当者名..... 印

## 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