**訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準を超えるケアプラン届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 利用開始月 | 　 　　年　 　　 月から |
| 訪問介護（生活援助中心型）の回数 | 要介護度(〇で囲む) | 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 |  |  |  |  |  |
| 認 定 期 間 | 　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 届出の事由（該当に〇) | 1. 新規に居宅サービス計画を作成した。
2. 要介護の更新認定後、初回の居宅サービスを作成した。
3. 要介護度に変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。
4. 居宅サービス計画書を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。
 |
| 基準回数以上となった理由(具体的に記入してください) |  |
| 添付書類(写し) | * 計画書(１)、第１表(利用者へ交付し署名があるもの) 　 □　計画書(２)、第２表
* 週間サービス計画表、第３表　　□　サービス担当者会議の要点、第４表
* サービス利用票、第６表　　　　□　サービス利用票別表、第７表
 |

八幡市長　宛

上記のとおり、基準回数を超える訪問介護(生活援助)をケアプランに位置付けることと

なりましたので、関係書類を添えて届け出ます。

 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

居宅介護支援事業所名

事 業 所 番 号

連絡先電話番号

介護支援専門員氏名

※提出期限：新規作成・変更・認定更新・区分変更など、利用者の同意を得てケアプランを

　　　　　　　交付した日から、翌月の末日までに届け出てください。