訪問介護（生活援助中心型）が基準回数以上となる居宅サービス計画の届出書

年　　月　　日

居宅介護支援事業所名：

担当介護支援専門員名：

事業所電話番号：

下記の被保険者について、基準回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を利用しているため、別紙のとおり居宅サービス計画等を提出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 |  | | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 |  | 生 年 月 日 | **（　　　歳）** | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | 認定期間 |  | | | | | | | | | | | |
| 計画作成の区分 | | 新規　　　更新　　　区分変更　　　計画変更　　　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護（生活援助中心型）の回数 | | | 回/月 | | | | | | | | | | | | |
| 障がい高齢者の  日常生活自立度 | |  | 認知症高齢者の  日常生活自立度 | |  | | | | | | | | | | |
| 定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）の開始月 | | | | | 年　　　　　月 | | | | | | | | | | |
| 基準回数以上となる訪問介護（生活援助中心型）を位置づけた理由  ※居宅サービス計画書第２表に記載されている当該理由の概要をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | ・居宅サービス計画書「第１表」～「第３表」  ・基本情報シート  ・アセスメントシート  ・課題整理総括表 | | | | | | | | | | | | | | |