訪問介護（生活援助中心型）の利用回数が多いケアプランの届出書（兼理由書）

提出日：　　　　年　　月　　日

大里広域市町村圏組合　管理者　あて

指定事業所番号：

事業所名：

電話番号：

介護支援専門員氏名：

以下の理由により、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）が必要と判断し、居宅サービス計画に位置付けましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 要介護認定期間 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日 | | | |
| 訪問回数 | 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  （該当欄に記入） |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  |
| 初回提出日：　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 前回提出日：　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| ・計画に位置付けた理由（地域資源活用の検討、サービス導入にあたり見込んでいる効果等について具体的に記載。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・地域包括支援センターの意見（センター名：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |