訪問介護における生活援助中心型サービスの回数についての届出書

年　　月　　日

瑞浪市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援専門員名　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記の被保険者は、生活支援中心型サービスについて厚生労働大臣が定める回数以上の利用が必要となりますので届け出ます。

１、対象被保険者

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| ケアプラン開始年月日 | 　　年　　月　　日 |

２、要介護度・生活援助中心型サービスの回数／月(該当する要介護度の欄に回数を記入)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、基準回数を超える理由

|  |
| --- |
|  |

４、添付書類(以下のケアプランの写しを提出)

□第１表　□第２表　□第３表　□第４表

□第５表(生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可)　□第６表　□第７表

□基本情報シート