

訪問介護(生活援助中心型)の回数が多いケアプラン届出書兼理由書

居宅介護支援事業所名:

担当介護支援専門員氏名:

作成日: 令和 年 月 日

被保険者氏名		年齢		性別	
被保険者番号		要介護度			
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
生活援助中心型の回数	回/月				
届出履歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降(前回提出日:平成 年 月 日)				
生活援助中心型の算定理由	<input type="checkbox"/> 1.一人暮らし <input type="checkbox"/> 2.家族等が障害、疾病等エック <input type="checkbox"/> 3.その他()				
訪問介護の生活援助が基準回数を超える理由(具体的に記入してください)					
提出書類(写し)	※下記にレ印を記入し確認、提出漏れのないようにしてください。				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(生活援助中心型)の回数が多いケアプラン届出書兼理由書 <input type="checkbox"/> 第1表:居宅サービス計画書(1) ※利用者同意欄に署名があるもの <input type="checkbox"/> 第2表:居宅サービス計画書(2) <input type="checkbox"/> 第3表:週間サービス計画表 <input type="checkbox"/> 第4表:サービス担当者会議の要点 <input type="checkbox"/> 第5表:居宅介護支援経過 ※生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可 <input type="checkbox"/> 第6表:サービス利用票 <input type="checkbox"/> 第7表:サービス利用票別表 <input type="checkbox"/> アセスメントシート <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書				
市記載欄					
受付日			記入者	大洲市役所高齢福祉課	

基準回数を超える訪問介護の生活援助をケアプランに位置づけるたびに届出が必要です。