

年 月 日

平川市長 宛

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書（兼理由書）

フリガナ	-----				被保険者番号							
被保険者氏名					生年月日	年	月	日生	(歳)			
住 所												
要 介 護 度						生活援助の計画上の回数	回					
認 定 期 間	年 月 日 ~					年 月 日						
計画作成の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 計画変更 <input type="checkbox"/> その他 ()											
訪問介護の生活援助中心型を基準回数を超えてケアプランに位置付けた理由												
見込める効果												
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書「第1表」「第2表」「第3表」「第4表」「第6表」「第7表」の写し（※第1表は利用者へ交付し、署名があるもの） <input type="checkbox"/> アセスメント表 <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し											
指定居宅介護支援事業所名												
事業所住所												
事業所連絡先						介護支援専門員名						

【要介護度別基準回数】

要介護1（27回）・要介護2（34回）・要介護3（43回）・要介護4（38回）・要介護5（31回）