年　　月　　日

習志野市長　宛て

届出者　事業所名

　　　　事業所番号

　　　　担当者氏名

　　　　電話番号

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

訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上のケアプランについて、次のとおり届出します。

１．対象者氏名：

　　被保険者番号：

２．生活援助中心型の回数／月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| ケアプランへ  位置付けた回数 |  |  |  |  |  |

３．理由（基準以上になった理由を具体的に記入してください。）

（添付書類）

□　居宅サービス計画書（第１～７表）

※第５表は、位置付けた理由が分かる部分のみ

□　アセスメントシート一式