

受付番号

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

年 月 日

※この届出書を表紙とし、被保険者毎に提出書類をまとめて提出してください。

被 保 険 者 番 号

居宅介護支援事業所名	
事業所番号	
事業所住所	〒
問合せ先電話番号	
担当者名	
介護支援専門員番号	

1 生活援助中心型の回数／月（該当する要介護度の欄に回数を記入してください。）

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	2 7 回	3 4 回	4 3 回	3 8 回	3 1 回
計画上の回数					

2 理由（厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護が必要な理由および訪問介護により見込める効果について具体的に記入してください。）

--

3 提出書類チェック表（チェック欄に○を付してください。）

チェック	書類の名称	注意事項
	居宅サービス計画書（１）「第１表」	利用者へ交付し、署名のあるもの。
	居宅サービス計画書（２）「第２表」	訪問介護以外のサービスのページも含む。
	週間サービス計画表「第３表」	
	サービス担当者会議の要点「第４表」	任意。該当する帳票に生活援助中心型を位置付けた理由等の記載がある場合は提出。
	居宅介護支援経過「第５表」	
	サービス利用票「第６表」	
	サービス利用票別表「第７表」	
	基本情報（フェイスシート）	
	課題分析表（アセスメントシート）	