

訪問介護(生活援助中心型)の回数が基準回数以上となるケアプランの届出書

届出年月日 年 月 日

(あて先) 倉敷市長

事業所番号 :
 居宅介護支援事業所名 :
 電話番号 :
 介護支援専門員氏名 :

被 保 険 者	被保険者番号	
	氏名	
	住所	
	要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日

訪 問 回 数	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(参考)	27回	34回	43回	38回	31回
	計画上の回数 (期間中最多のもの)					
	該当月					
基準回数以上の 訪問介護が必要な 理由と期待される 効果						

提出書類チェック表

チェック欄	書類の名称	注意事項
	居宅サービス計画書(1)第1表(写)	利用者へ交付し、署名があるもの
	居宅サービス計画書(2)第2表(写)	該当する短期目標・サービス内容・サービス種別に線を引くこと
	居宅サービス計画表 第3表(写)	
	サービス担当者会議の要点 第4表(写)	該当する箇所に線を引くこと
	サービス利用票 第6表(写)	
	サービス利用票 第7表(写)	
	課題分析表(アセスメントシート)	該当する箇所に線を引くこと

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。
 居宅サービス計画を作成した翌月末までに提出してください。
 追加で資料の提出を依頼する場合があります。
 内容について問合せをする場合があります。来庁を依頼する場合があります。

保険者使用欄

日付印を押して届け出書の写しを渡してください。
 介護保険課給付係へ送ってください。

