

年 月 日

我孫子市高齢者支援課 あて

[居宅介護支援事業者]

事業所名 _____

所在地 _____

電話番号 () _____

担当者名 _____

一定回数以上の訪問介護を位置づけた居宅サービス計画に係る届出書

下記の被保険者について、生活援助中心型の訪問介護が厚生労働大臣の定める回数以上となるため、当該居宅サービス計画等を届け出ます。

記

被 保 険 者	被保険者番号									生年	明治・大正・昭和	
	フリガナ										月日	
	氏名											年 月 日
	住所											
	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5					
	ケアプラン 作成(変更)日	年 月 日										
	厚生労働大臣が 定める回数以上 の訪問介護を位 置づけた理由 (必要性)											
	訪問介護事業者	法人名称										
		事業所名称										

【添付書類】

- 1 課題分析(アセスメント)シートの写し
- 2 居宅介護サービス計画書(第1表~第7表)の写し
※1 第1表については、利用者の署名を得て交付したもの。
※2 第1表~第4表のいずれかに、基準回数以上の生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要と判断した理由を記載
※3 第4表に、基準回数以上の生活援助の利用の妥当性を検討した内容を記載
※4 第5表は、モニタリングの記録を含む
- 3 訪問介護事業所から提供を受けた訪問介護計画書の写し