

厚生労働大臣が定める回数以上となる訪問介護(生活援助中心型)の
居宅サービス計画届出書

年 月 日

津山市長 殿

事業所名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

介護支援専門員氏名 _____ 印

サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、規定回数を超える生活援助サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を添えて届出ます。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|--------------|-------|--|--|----------------|--------|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | |
| 住 所 | 〒 _____ | | | | | | | | | | |
| 生年月日・性別 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | | | | | | |
| 届出の理由 | <input type="checkbox"/> 新規に居宅サービス計画を作成 <input type="checkbox"/> 介護度の変更に伴い基準回数以上となった <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の変更に伴い基準回数以上となった | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | | | | | | | | |
| 利用開始月 | 年 月 から | | | | | | | | 生活援助の 月延べ回数 | 回 | |
| 訪問介護の 生活援助が 規定回数を 超える理由 | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 (写し) | <input type="checkbox"/> フェイスシート、アセスメント表(当該居宅サービス計画作成時のもの) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1表～第3表及び第6表、第7表) | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画作成日 | 年 月 日 | | | | サービス担当者会議開催日 | 年 月 日 | | | | | |

(注) ※アセスメント表、居宅サービス計画書については「写し」を提出してください。

※居宅サービス計画書は、利用者に同意を得て交付したものを提出してください。

※必要に応じて上記以外の書類の提出を求める場合があります。

【市記入欄】

| | | | | | |
|-------------|-----|-----|-----|------|-----|
| 決 裁 欄 | 担 当 | 主 査 | 主 幹 | 課長補佐 | 課 長 |
| | | | | | |