

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

届出期限：作成・変更した月の翌月末日

※ただし、認定申請中の場合には、認定結果が確定してから提出してください。

被保険者番号	
--------	--

居宅介護支援事業所名	
介護保険事業所番号	
担当者名	
電話番号	

① **要介護度・生活援助中心型の回数／月** (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)	27回	34回	43回	38回	31回
計画上の回数					

② **提出書類チェック表** (提出漏れのないように、用紙のサイズはA4に統一してください)

	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、署名があるもの
	居宅サービス計画書(2)「第2表」	
	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」	
	居宅介護支援経過「第5表」	生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可
	サービス利用票「第6表」	
	サービス利用票別表「第7表」	

③ **理由書** (①の基準回数以上になった理由を具体的に記入してください)