**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 |  |  |  |  |  |

1. 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」 |  |

1. 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）

|  |
| --- |
|  |