様式第１号（第３条第１項）

年　　月　　日

大網白里市長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者 |  |
| 事業所名称 | ㊞ |
| 事業所番号 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 介護支援専門員氏名 | ㊞ |

訪問介護の生活援助が規定回数を超える居宅サービス計画の届出書

　次の被保険者に対して、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、規定回数を超える訪問介護の生活援助が必要であると判断し、居宅サービス計画を作成しましたので、下記のとおり届出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者  氏名(フリガナ) |  | | 被保険者  番号 | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | |
| ２ | 認定有効期間 | 年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | 要介護度 | 要介護１ | 要介護２ | | 要介護３ | | | 要介護４ | | | | | | 要介護５ | | | |
| 規定回数 | ２７回 | ３４回 | | ４３回 | | | ３８回 | | | | | | ３１回 | | | |
| 訪問介護  利用回数 | 回/月 | 回/月 | | 回/月 | | | 回/月 | | | | | | 回/月 | | | |
| ４ | 規定回数以上の訪問介護の生活援助が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ | 計画の作成または変更事由 | □新規（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □変更（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |

提出書類（添付書類）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 提出書類の名称 | 留意事項等 |
| １ | 居宅サービス計画書（１）　写し | 第１表（利用者の署名があるもの） |
| ２ | 居宅サービス計画書（２）　写し | 第２表 |
| ３ | 週間サービス計画書　　　　写し | 第３表 |
| ４ | サービス担当者会議の要点　写し | 第４表 |
| ６ | 居宅介護支援経過　　　　　写し | 第５表（該当する部分のみで可） |
| ７ | サービス利用票　　　　　　写し | 第６表 |
| ８ | サービス利用票別表　　　　写し | 第７表 |