

( 届出日 ) 年 月 日

稲 沢 市 長 様

厚生労働大臣が定める

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

フリガナ		被保険者番号												
被保険者氏名		生年月日												
現住所														
要介護度		生活援助の計画上の回数												回
認定期間														
計画作成の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 計画変更 <input type="checkbox"/> その他( )													
利用者の状況等 (身体状況、生活状況、 サービスの利用状況、 家族の介護協力など)														
訪問介護の生活 援助中心型を基準 回数を超えてケア プランに位置づけた 理由														
添付書類 ※添付書類は「写 し」を提出ください。	<input type="checkbox"/> フェイスシート・アセスメント表 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (「第1表」、「第2表」、「第3表」、「第4表」、「第5表」、「第6表」、「第7表」) <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書													
指定居宅介護 支援事業所名														
事業所住所														
事業所連絡先								介護支援専門員氏名						

【要介護度別基準回数】

要介護1(27回)・要介護2(34回)・要介護3(43回)・要介護4(38回)・要介護5(31回)