　　年　　月　　日

我孫子市高齢者支援課　あて

[居宅介護支援事業者]

事業所名

所在地

電話番号（　　　）　　　－

担当者名

一定回数以上の訪問介護を位置づけた居宅サービス計画に係る届出書

下記の被保険者について、生活援助中心型の訪問介護が厚生労働大臣の定める回数以上となるため、当該居宅サービス計画等を届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年  月日 | 明治・大正・昭和 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　　名 |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要介護　　１　　２　　３　　４　　５ | | | | | | | | | | | |
|  | ケアプラン  作成（変更）日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置づけた理由（必要性） |  | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護事業者 | 法人名称 | | | |  | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | |  | | | | | | | |

【添付書類】

　１　課題分析（アセスメント）シートの写し

２　居宅介護サービス計画書（第１表～第７表）の写し

※１ 第１表については、利用者の署名を得て交付したもの。

※２ 第１表～第４表のいずれかに、基準回数以上の生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要と判断した理由を記載

※３ 第４表に、基準回数以上の生活援助の利用の妥当性を検討した内容を記載

※４ 第５表は、モニタリングの記録を含む

３　訪問介護事業所から提供を受けた訪問介護計画書の写し