

訪問介護の生活援助が規定回数を超える利用の届出書（兼理由書）

フリガナ												
被保険者氏名	被 保 険 者 号											
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生	性 別	男 ・ 女						
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
利用開始月	年 月 から			計画上の回数				回				
規定回数を 超える訪問 介護の理由 (具体的に記 入してくださ い)												
添付書類 (写し)	<p>【居宅サービス計画書（ケアプラン）】</p> <input type="checkbox"/> 第1表：居宅サービス計画書（1）…利用者同意欄に署名があるもの <input type="checkbox"/> 第2表：居宅サービス計画書（2） <input type="checkbox"/> 第3表：週間サービス計画表 <input type="checkbox"/> 第4表：サービス担当者会議の要点 <input type="checkbox"/> 第5表：居宅介護支援経過 …生活援助に関する記載部分のみで可 <input type="checkbox"/> 第6表：サービス利用票（居宅介護計画） <input type="checkbox"/> 第7表：サービス利用票別表 <p>【その他書類】</p> <input type="checkbox"/> 基本情報（フェイスシート） <input type="checkbox"/> 課題分析表（アセスメントシート）											
<p>当別町長 様</p> <p>上記のとおり、適切なケアマネジメントを行った結果、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型サービス）が必要と判断し、居宅サービス計画を作成したため、添付書類を添えて届出いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業所名 事業所住所及び連絡先 介護支援専門員等氏名</p>												

※基準回数を超える訪問介護の生活援助をケアプランに位置づけるたびに届出が必要です。